



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Gilda M. S. Vezo nº 2027

Lucialina M. Coronel nº 2032

Mirian S. O. do Rosário nº 2150

Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto

2013

Mindelo

“Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.”

Discentes:

Gilda M. S. Vezo nº 2027

Lucialina M. Coronel nº 2032

Mirian S. O. do Rosário nº 2150

Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto

Orientadora:

Enf.^a Acelia Mireya Cáceres Monteagudo

Mindelo, 15 de Novembro de 2013

Dedicatória

Dedicamos este trabalho aos nossos familiares sem os quais não teríamos conseguido vencer mais esta etapa, pela paciência, compreensão e apoio manifestados durante estes quatro anos de estudo. Eles são, e sempre serão, as chaves principais que abrem as grandes portas para as grandes realizações nas nossas vidas.

Ser-lhes-emos eternamente gratos e nunca nos cansaremos de dizer “muito obrigado” por existirem em nossas vidas.

Agradecimento

Fazer uma monografia de licenciatura em enfermagem nunca é uma tarefa fácil. Não estivemos isoladas nessa caminhada. Algumas pessoas contribuíram, de uma maneira ou de outra, de perto ou de longe, para que chegássemos onde hoje estamos.

Em primeiro lugar agradecemos a DEUS, a quem recorremos nos momentos mais difíceis, em busca de amparo e soluções.

Aos nossos familiares, pais, maridos e filhos pela demonstração de amor, carinho, companheirismo, compreensão e respeito.

Às nossas Orientadoras, às Mestres Acelia Mireya Cáceres Monteagudo e Rosemeire Macedo Ambrozano por toda a disponibilidade, empenho, e dedicação que nos facultaram na realização deste trabalho.

Ao Hospital Baptista de Sousa, em especial ao Superintendente de Enfermagem, às enfermeiras da maternidade e a todo o pessoal que, de uma forma ou outra, colaboraram connosco nesse estudo.

Às puérperas que participaram no nosso estudo e se disponibilizaram a conceder-nos entrevistas, pois sem a sua colaboração não seria possível a realização do estudo.

À Universidade do Mindelo, por nos ter proporcionado uma óptima estrutura de aprendizagem e aproveitamento com vista à obtenção da licenciatura em enfermagem.

A todos os docentes e orientadores clínicos pela transmissão do conhecimento e pela vontade de querer fazer de nós pessoas melhores.

A todos os nossos colegas e amigos, que connosco também compartilharam essa caminhada, pela camaradagem.

A todos, muito obrigado!

O Toque Humano

É o toque humano que conta neste mundo

O toque da tua mão e da minha

Que significa muito mais para o coração fragilizado

Que o abrigo, o pão e vinho

Porque o abrigo vai-se quando a noite acaba

E o pão dura apenas um dia

Mas o toque de uma mão e o som da voz

Cantam para sempre na alma.

Spencer Michael Free

Resumo

O tema da nossa investigação cinge-se à “**Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto**”, entendida como uma premissa importante, útil e actual que determina uma maior confiança para com os serviços, maior procura para um parto institucional e a possibilidade de intervenção atempada, com consequente redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal.

A introdução, trata do tema em estudo, objecto e objectivos encadeados com a pergunta de partida, e o problema que serviu de base de reflexão para o estudo, enquanto o segundo capítulo apresenta uma revisão da literatura, com abordagem dos conceitos mais importantes da concepção ao nascimento, da fecundação ao trabalho de parto e parto, salientando o conceito da humanização de cuidados de enfermagem no trabalho de parto e o papel do enfermeiro neste processo. O terceiro capítulo aborda questões de natureza metodológica, com definição do tipo de estudo realizado, as técnicas de pesquisa, métodos de recolha de dados, princípios éticos e também o meio em que o estudo foi desenvolvido assim como a selecção das participantes, ficando o capítulo quatro para referência à análise, interpretação e discussão dos dados. O quinto capítulo é dedicado às considerações finais e sugestões de proposta de melhoria da assistência humanizada de enfermagem no HBS.

A problemática básica foi o facto de constatararmos que os cuidados humanizados tendem a ser remetidos para segundo plano, situação que levanta problemas éticos e de saúde a níveis vários relacionados com os cuidados a prestar à mulher nesse período tão importante do ciclo vital.

Para se dar resposta à pergunta de investigação, definiu-se como objectivo geral a sistematização do conhecimento sobre a humanização na assistência ao parto normal e conhecimento do significado que este tem para as parturientes do HBS, nosso universo investigativo, dada a sua localização no Mindelo, Ilha de S. Vicente, Cabo Verde.

Palavras-chave: Humanização, Parto Humanizado, Assistência de Enfermagem.

Abstract

Our research focuses on “**Humanized Nursing Assistance during Delivery**”, understood as an important, useful and current premise that determines greater confidence in the hospital services, as well as a larger demand of an institutional delivery involving the possibility of a timely intervention with consequent reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality.

The first chapter introduces the research topic, its study object and objectives duly linked with the starting question and the problem that constitutes the basis of this research; chapter two revises the bibliography approaching at the same time important concepts like conception and birth, fecundation and delivery work, highlighting the concept of humanized nursing assistance during delivery and the role played by nurses along this process. Chapter three contains methodological aspects including research techniques, data collection methods, ethic principles, the context where the study was carried out as well as selection of the participants, having the analysis, interpretation and discussion of data been taken care of in chapter four. Final considerations, suggestions and proposals to improve humanized nursing assistance at the BSH were dealt with in chapter five.

The basic problematic was the fact that we realized that human care tends to be left at a second level, a situation that raises several ethical and health problems related to the care to be given to women along such an important period in her vital cycle.

To answer the research problem, we defined systematization of knowledge about humanization of nursing assistance during normal delivery and of the meaning this may have for expectant mothers at BSH as a general objective, our research universe due to its location in Mindelo, our home town on St. Vincent Island, Cape Verde.

Key words: Humanization, Humanized Delivery, Nursing Assistance.

Lista de Abreviaturas e Siglas

- ADN: Ácido desoxirribonucleico
- CTG: Cardiotocografia
- DUM: Data da Última Menstruação
- FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España
- HBS: Hospital Baptista de Sousa
- HCG: Gonadotrofina Coriónica Humana
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PMI-PF: Programa Materno Infantil e Planeamento Familiar
- RN: Recém-nascido
- TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

Índice

Dedicatória	4
Agradecimento.....	5
Resumo	7
Abstract	8
Lista de Abreviaturas e Siglas	9
Capítulo I - Introdução	15
1.1 Problemática e Justificativa.....	16
1.2 Pergunta de partida.....	18
1.3 Objectivos do estudo	18
Capítulo II – Enquadramento teórico.....	20
2.1. Da concepção ao nascimento	23
2.2. Humanização de cuidados de enfermagem no trabalho de parto	29
2.2.1. A transição da parentalidade e o acompanhante.....	32
2.3. Papel do enfermeiro no trabalho de parto humanizado	36
Capítulo III – Fase metodológica	42
3.1. Metodologia de investigação	42
3.1.1.Tipo de estudo	43
3.1.2. Técnicas de pesquisa	44
3.1.2.1 A entrevista	45
3.1.2.2 Observação participante.....	46
3. 2. Princípios éticos	47
3. 3. Meio.....	50
3. 3.1. Maternidade e Sala de Parto do HBS	50
3. 4. Selecção das participantes	51
Capítulo IV – Análise dos resultados.....	52
4.1. Apresentação dos resultados	52
4.1.1. Caracterização dos participantes (utentes)	52
4.1.2. Conceitos	58
4.1.3. Caracterização dos participantes (enfermeiros).....	61
Capítulo V – Considerações finais.....	71
Sugestões e propostas de melhoria no atendimento às parturientes na maternidade do HBS	73
Referências bibliográficas	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fecundação (penetração do espermatozóide na zona pelúcida)	23
Figura 2: Células somáticas humanas	24
Figura 3: Fecundação e primeira semana	25
Figura 4: Desenvolvimento uterino durante a gravidez	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Idade das participantes	53
Gráfico 2- - Nomenclatura obstétrica (Gesta)	53
Gráfico 3- Nomenclatura obstétrica (Paridade)	54
Gráfico 4- Nomenclatura obstétrica (Aborto)	54
Gráfico 5- Estado civil	55
Gráfico 6- Habilitações académica	55
Gráfico 7- Profissão	56
Gráfico 8- Realizou pré-natal	56
Gráfico 9- Recebeu assistência humanizada durante o trabalho de parto	58
Gráfico 10- Desejava que o seu companheiro estivesse presente durante o trabalho de parto	59
Gráfico 11- Importância de ter um acompanhante	59
Gráfico 12- Opinião sobre benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto	60
Gráfico 13- Benefícios da utilização técnicas de respiração durante o trabalho de parto ...	60
Gráfico 14- Género	61
Gráfico 15- Idade das participantes	61
Gráfico 16- Habilitações académicas	62
Gráfico 17- Categoria profissional	62
Gráfico 18- Cargo actual	63
Gráfico 19- Tempo de trabalho	63
Gráfico 20- Tempo de actividade na sala de parto	64
Gráfico 21- Fazer um trabalho de enfermagem humanizado durante o trabalho de parto ...	65
Gráfico 22-- Desenvolve actividades devidamente planeadas de assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto	65
Gráfico 23- Teria benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto	67
Gráfico 24- Aplicar a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto, no Hospital Baptista de Sousa	68
Gráfico 25 - Benefício que teria a família que visse o recém-nascido logo após o parto	69
Gráfico 26- Conhecimento de técnicas de relaxamento e seus benefícios para as mulheres no trabalho de parto	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Número de consultas	57
Tabela 2- Duração de trabalho de parto	58

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 181

Anexo 282

Anexo 385

Anexo 488

Anexo 589

Capítulo I - Introdução

No âmbito da disciplina de Metodologia de Investigação Científica, integrada no plano de estudos para o curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, foi-nos proposta a realização de um trabalho de conclusão de curso (TCC), como requisito essencial para a aquisição do grau de Licenciatura. O tema do nosso estudo de investigação prende-se com a **“Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto”**. O tema humanizar é, actualmente, bastante divulgado no âmbito da saúde, porque diariamente se tem notado uma grande necessidade de humanizar os cuidados e a assistência de enfermagem e o trabalho de parto não foge a regra, sentindo-se aí a necessidade de tornar esse cuidado mais humanizado e perceptível por parte das parturientes e por todos os outros envolvidos no mesmo processo.

Conforme refere o Manual Técnico do Ministério de Saúde de Brasília (2006:20):

“A humanização de assistência a mulher e ao recém-nascido durante a gravidez, parto e o nascimento é uma premissa importante, útil e actual. A forma humanizada, respeitosa e carinhosa que tratamos as mulheres determina uma maior confiança para com os serviços, maior procura para um parto institucional e a possibilidade de intervenção atempada, com consequente redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal”.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro, a introdução, abordamos o tema em estudo, objecto e objectivos encadeados com a pergunta de partida, e o problema que serviu de base de reflexão para o estudo.

No segundo capítulo, faz-se uma revisão da literatura, onde os seguintes conceitos são abordados: da concepção ao nascimento com aspectos descritivos desde a fecundação até o trabalho de parto e parto. Aborda-se ainda o conceito da humanização de cuidados de enfermagem no trabalho de parto, onde é também referido o papel do enfermeiro.

O terceiro capítulo aborda questões de natureza metodológica, começando por definir o tipo de estudo que se presente realizar, as técnicas de pesquisa, referência aos métodos de recolha de dados, e aos princípios éticos. Outros aspectos que foram considerados de extrema importância são o meio em que o estudo foi desenvolvido e a selecção das participantes.

Seguidamente, no capítulo quarto faz-se referência á análise, interpretação e discussão dos dados.

O quinto capítulo é dedicado às considerações finais e sugestões de proposta de melhoria da assistência humanizada de enfermagem no HBS.

1.1 Problemática e Justificativa

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998:89) “ (...) a problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adoptar para tratarmos o problema formulado pela pergunta de partida. É uma maneira de interrogar os fenómenos estudados.”

A problemática que serviu de base para a elaboração desta investigação resultou do facto de constataremos que, nesse mundo em constante transformação e evolução tecnológica, onde imperam a pressa de fazer as coisas e a substituição do homem pelas máquinas, os cuidados humanos tendem a ser remetidos para segundo plano. Este tema partiu não só dos interesses pessoais na área de Saúde Materna e Obstétrica, mas também por se ter vindo a ouvir rumores de puérperas e familiares a relatar o quanto foi desagradável a forma como foram tratadas na maternidade ou no momento do trabalho de parto. Por um lado, dizem estar felizes pela vinda do bebé, mas muitas vezes guardam lembranças desagradáveis da situação vivenciada através do tratamento dado pela equipa que lhes prestou cuidado. Tendo em conta que é um momento aguardado com muito entusiasmo e alegria, muitas vezes a falta de experiência das primíparas é de extrema importância pois, para além da parte técnica, a mulher deve ter o apoio psicológico e afectivo dos profissionais assim como da sua própria família.

Esta situação levanta problemas éticos e de saúde a nível físico, psicológico, emocional e familiar relacionados com os cuidados a prestar à mulher nesse período tão importante do ciclo vital, pois dar à luz é um acontecimento poderosíssimo que gera mudanças definitivas na vida da mulher, levando a que a experiência do parto possa ser percebida como uma experiência positiva ou negativa, ou com sentimentos de ambivalência.

Kitzinger (1995:21-22) considera que dar à luz é fundamental para a vida da mulher. Anos depois do nascimento do bebé ela lembra-se precisamente dos pormenores do trabalho de parto e das sensações de quando a criança nasceu.

O trabalho com parturientes, geralmente contém uma carga emocional para os elementos da equipa que lidam diariamente com questões existenciais, tais como a dor, o sofrimento, e questões profissionais como os sentimentos de frustração e impotência perante as dificuldades inerentes à complexidade e incerteza que cada parto representa como situação única e individual.

Por seu lado, as parturientes também carregam uma carga psíquica, já que o trabalho de parto apresenta um simbolismo culturalmente interiorizado, “(...) poucas experiências humanas alcançam os níveis de *stress*, ansiedade, dor e tumulto emocional como as ocorridas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”, Levy (1996: 39). Do mesmo modo, Florence Nightingale (2005:59) diz que “ (...) apreensão, incerteza, espera, expectativa, e medo da surpresa prejudicam mais o doente do que qualquer esforço físico”.

O parto é visto como um procedimento médico de carácter “*stressante*” embora normal da vida de uma família, ou ainda como um acontecimento altamente gratificante em termos de realização pessoal. Para Burroughs (1995:39), “(...) também as sensações de dor, desconforto e desagrado são subjectivas e culturais”. Em Cabo Verde, segundo constatamos em conversas com enfermeiras experientes do HBS em matéria de cuidados de obstetrícia, o parto representa uma alegria para muitos, uma desilusão para outros e o princípio de uma vida problemática, em especial para as camadas mais desfavorecidas onde se verifica um índice de natalidade preocupante apesar das campanhas de prevenção materno-infantil levadas a cabo pela PMI-PF.

O conceito principal de enfermagem centra-se na pessoa, aquele que permanente ou potencialmente recebe cuidados. De acordo com Hesbeen (2000: 9), “(...) o cuidado diz respeito ao facto de estar atento a alguém ou alguma coisa, para se ocupar do seu bem-estar”. Assim como nos diz Collière (1999:15) “(...) ser cuidado ... cuidar de si próprio ... cuidar ..., é indispensável para o crescimento e para a nossa sobrevivência”. Assim, durante todo o nosso ciclo vital, temos a necessidade de sermos cuidados e de cuidar dos outros, sendo que a capacidade de cuidar é condicionada pelo estágio de vida em que nos encontramos, bem como pelas capacidades que desenvolvemos e pela forma como formos cuidados.

Pacheco (2002) *cit in* Siqueira *et al* (2008), faz a distinção entre tratar e cuidar. Tratar engloba os procedimentos técnicos especializados e está relacionado com o diagnóstico do tratamento das doenças, sendo que a sua finalidade é reparar os órgãos doentes. O foco de atenção está direccionado para as necessidades físicas relacionadas com a patologia. Não é dada importância a outras necessidades, e o profissional não se envolve emocionalmente, considerando ser perda de tempo conversar com e ouvir a pessoa doente ou a sua família. O profissional entusiasma-se com a condição clínica do doente, principalmente se esta for invulgar ou grave, ignorando os aspectos humanos. Por vezes, é capaz de fazer o doente aceitar todos os procedimentos que tenham por fim o diagnóstico a

cura, ocultando-lhe informações, sendo nunca lhe dar a oportunidade de entender o tratamento.

Portanto, o cuidado em enfermagem também é uma arte aliada a uma ciência, porque o seu resultado provém de um efeito único, que diz respeito a uma pessoa singular. A arte pressupõe adaptação dos conhecimentos e das aptidões para que sejam detentores de sentido e de ajuda. Esta arte não se pode limitar à quantidade de intervenções, mesmo que estas evidenciem atenção à pessoa, pois não se trata de procurar dar sentido a cada acto, mas sim incluir o conjunto de intervenções numa perspectiva que tenha sentido para a pessoa, Hesbeen (2000:11 e 99).

1.2 Pergunta de partida

Na fase conceptual do processo de investigação, após a definição do problema de investigação e de revisão da literatura pertinente, identifica-se a pergunta de partida e os objectivos do estudo, Fortin (2009:49).

A pergunta de partida deriva do tema e do problema de investigação e, neste contexto, surgiram as questões pertinentes que alavancaram a nossa curiosidade e motivação para realizar esta investigação que, pensamos, deverá trazer contributos científicos e sociais para todos os cuidados de saúde prestados nos serviços materno-infantis do Hospital Baptista de Sousa. Assim, neste sentido, a pergunta de partida do presente estudo é **“Que significado tem, para as parturientes, receber assistência humanizada durante o trabalho de parto no Hospital Baptista de Sousa?”**

1.3 Objectivos do estudo

Os objectivos do estudo de acordo com Fortin (2003: 100):

“(…) identificam a população-alvo e o conteúdo do estudo. São eles que despertam no investigador a sede de desenvolver um trabalho. O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão”.

Deste modo, e para se dar resposta à pergunta de investigação, definiu-se como objectivo geral no presente estudo, o seguinte: **sistematizar o conhecimento sobre a**

humanização na assistência ao parto normal e conhecer o significado que este tem para as parturientes do HBS.

Os objectivos específicos decorrem do objectivo geral e enquadram-se nas questões de investigação, sendo estas as seguintes:

- Reconhecer a importância e os benefícios da assistência humanizada, e caracterizar a importância deste tipo de cuidado às parturientes nas acções das equipas de saúde do Centro Obstétrico/Sala de Parto.
- Conhecer a real situação vivida pelas parturientes durante o trabalho de parto na maternidade do HBS.
- Propor estratégias para as equipas de enfermagem na promoção da assistência humanizada ao parto.

Uma das particularidades da enfermagem é a aquisição de conhecimentos com base na investigação, pois ao questionar o que se faz e como é feito, promove-se a busca de um modo para prestar melhores cuidados e de contribuir para a evolução da enfermagem. De acordo com Fortin (1997: 12) “(...) a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para criar a prática dos cuidados”.

O nosso estudo tomou como universo o Hospital Baptista de Sousa situado no Mindelo, Ilha de S. Vicente, Cabo Verde, visto ser a nossa cidade natal e onde nos encontramos a fazer este estudo para ser apresentado como monografia para a conclusão da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo.

Capítulo II – Enquadramento teórico

Este capítulo corresponde a um levantamento dos conceitos relacionados com a natureza do tema em estudo, “Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto” e, para dar mais sustentabilidade à pesquisa, será feita uma explanação dos mais importantes conceitos correlacionados, tais como o da concepção e do nascimento, o da humanização de cuidados e de parto humanizado, e o conceito sobre o papel do enfermeiro no parto humanizado.

De acordo com Fortin (2009:49):

“(…) a fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. Do decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema. (...) a fase conceptual reveste-se de uma grande importância, porque dá a investigação uma orientação e um objectivo”.

Couto (2003:19) afirma que o enfermeiro de hoje exerce um conjunto de competências técnicas e relacionais que garantem a sua responsabilidade, amparando-se, numa metodologia científica ao prestar cuidados específicos ao utente/pessoas, à família e sociedade.

Quando o enfermeiro e o utente se encontram pela primeira vez, quase sempre é um encontro entre estranhos.

A esse respeito, diz-nos Peplau (1990:26):

“(…) com frequência, as relações interpessoais anteriores são tão traumáticas que aos doentes lhes parece inconcebível que os outros os possam aceitar tal como são, por isso pensam que devem evitar pedir ajuda nos cuidados e tendem a isolar-se. Na incapacidade de relacionar a enfermagem com experiências de relacionamentos anteriores gratificantes, compete à enfermeira oferecer experiências novas e gratificantes que permitam ao paciente identificar o seu papel profissional de relação de ajuda e manifestar as suas necessidades e sentimentos.

Por outro lado, Kitzinger (1996:92), diz-nos que “se queremos, enquanto profissão, providenciar uma melhor assistência ao parto, precisamos conhecer o que pensam as grávidas sobre ele, e os aspectos culturais que o envolvem para que os possamos desmistificar, enquanto um acto natural mas de angústia e dor”.

O tema humanização é muito amplo e, para compreendermos o seu significado, devemos estar atentos para a obtenção de respostas, procurando observar o meio em que vivemos. Esta mudança deve partir de cada um de nós profissionais da área da saúde,

colocando-nos sempre no lugar do nosso semelhante, fazendo assim a diferença na assistência prestada, sistematizada e individualizada.

Ribeiro (1995:30) diz-nos que “(...) como ninguém, as enfermeiras trabalham com os utentes na sua totalidade, estão autorizadas a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e doença, e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos”.

Inferese-se que o conceito de humanização vem sendo utilizado, na assistência ao parto há muito tempo, sendo os seus conceitos difundidos por autoridades do cenário internacional em obstetrícia médica, consoante os autores citados e com o objectivo de o trazer ao nível de um evento natural e familiar.

Para Hesbeen (2001:43), cuidar é “(...) a reunião de diversos factores, o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados, associados aos seus conhecimentos de natureza científica e às competências técnicas, revelam-se nesses casos componentes essenciais a um cuidar de qualidade”. Ainda por palavras simples, pode-se dizer que humanizar o parto significa respeitar a individualidade durante esse importante momento na vida de uma mulher e da sua família.

A humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjectivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de acções que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento, segundo Rios (2003:6).

Por outro lado, humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai ou a cada família envolvida, ou seja o enfermeiro não pode apenas aplicar boas técnicas e esquecer-se dos sentimentos das pessoas envolvidas nesse processo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), tem vindo a lançar directrizes no sentido de humanizar e desmedicalizar o parto, e oferecer à mulher a oportunidade de tomar decisões e ser responsável pela escolha dos cuidados que lhe são prestados, assim como pelo seu acompanhamento.

De maneira geral, a gestação e o parto são momentos de alegria para os pais e para os familiares, exactamente quando uma nova vida se desenvolve e vem ao mundo. Mas, ao mesmo tempo, e como consequência disso, dar à luz continua sendo um dos riscos de saúde mais sérios enfrentados pelas mulheres. Como diz Fernandes (1974:15), “(...) a

gravidez é uma espécie de teste emocional a desafiar determinados conflitos aparentemente extintos”.

Também, para Colman e Colman (1994:13), “(...) a gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio”.

Estes mesmos autores dizem ainda que, uma mulher em idade fértil, com vida sexual activa, e que não usa métodos contraceptivos, no final da quarta semana já pode suspeitar que está grávida, pois o ovário não liberta óvulos evitando assim que a camada do útero se escame, visto que a amenorreia é um dos sinais da gravidez. Outros sinais da gravidez são as alterações mamárias, náuseas e vômitos, frequência urinária e fadiga, entre outros. Também é do conhecimento geral que, nesta fase, a menstruação é interrompida devido a alterações nos níveis de hormonas, o útero aumenta de tamanho progressivamente, e as mamas crescem, uma vez que estão sendo preparadas para a amamentação.

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Segundo Lowdermilk e Perry (2008:224) “(...) a gonadotrofina coriônica humana (HCG) é o marcador biológico mais precoce da gravidez (...)”.

Stewart (2004) *cit in* Lowdermilk e Perry (2008:224), revela que “a produção de β -HCG começa no dia da nidação e pode ser detectada precocemente entre 7 a 10 dias após a concepção”. No entanto, o nível de HCG aumenta até atingir o pico entre os 60 a 70 dias de gestação, depois começa a declinar até cerca de 80 dias e, a partir daí, permanece estável até às 30 semanas, aumentando gradualmente até ao fim da gestação.

Os testes de gravidez (sangue e urina) podem ser realizados nas estruturas de saúde porém, os testes de urina podem também ser efectuados em casa com a amostra da primeira urina do dia.

Do ponto de vista fisiológico, a gravidez é o período que decorre entre a concepção e o nascimento da criança. No ser humano, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008:204), “(...) a gravidez dura aproximadamente 10 meses lunares, 9 meses de calendário, 40 semanas ou 280 dias”. No entanto, deve-se controlar a gravidez a partir do primeiro dia da última menstruação (DUM), embora a concepção ocorra aproximadamente 2 semanas depois do primeiro dia da DUM.

2.1. Da concepção ao nascimento

Esse processo inicia-se com um abraço entre um homem e uma mulher, sendo precisas duas células para se formar um ser humano, células que, em nove meses, se multiplicarão por bilhões.

Lowdermilk e Perry (2008:202) definem a concepção “(...) como a união de um único óvulo com um espermatozóide”, dando início a uma aventura magnífica chamada gravidez.

A reprodução é um processo extremamente perfeito e complexo. De acordo com as autoras (*ibidem*) “ela começa durante a relação sexual no momento em que é lançada na vagina uma porção equivalente a cerca de uma colher de chá de esperma, contendo entre 200 a 500 milhões de espermatozoides”.

Estes espermatozoides deslocam-se através do movimento flagelar das suas caudas, muitos deles morrem no ambiente ácido da vagina, os mais fortes conseguem atravessar o colo do útero, mas apenas um deles fertilizará o óvulo. “(...) alguns atingem o local de fecundação em 5 minutos, mas o tempo médio de trânsito é de 4 a 6 horas”, embora muitos “(...) permaneçam viáveis dentro do sistema reprodutor da mulher durante 2 a 3 dias”. (*Ibidem*)

Segundo Lowdermilk e Perry (2008:203):

“(...) a fecundação ocorre na ampola (terço externo) da trompa de Falópio, quando um espermatozóide penetra com êxito na membrana que circunda o óvulo, e tanto o espermatozóide como o óvulo são enclausurados dentro da membrana, que se torna impenetrável a outro espermatozóide”.

Ou seja, no momento em que um espermatozóide penetra a zona pelúcida do óvulo, a membrana que envolve o óvulo fecha-se, ficando o óvulo selado assim como o destino da pessoa que ele vai gerar. O óvulo tem assim todas as informações genéticas que necessita para criar uma nova vida.



Figura 1: Fecundação (penetração do espermatozóide na zona pelúcida)

O desenvolvimento humano constitui um processo complexo, que depende do decifrar sistemático de instruções situadas no material genético resultante da união do óvulo e do espermatozóide. Segundo Perry (2008:62):

“O material hereditário contido no núcleo de cada uma das células somáticas (orgânicas) determina as características físicas de um indivíduo. Este material, chamado ácido desoxirribonucleico (ADN), forma emaranhados de ‘fios’ conhecidos por cromossomas. Cada cromossoma é composto por muitos segmentos menores de ADN designados por genes ou associações de genes que contêm uma informação codificada que determina as características únicas de um indivíduo.”

Todas as células somáticas humanas normais contêm 46 cromossomas dispostos em 23 pares de cromossomas homólogos (emparelhados). De cada progenitor é herdado um cromossoma de cada par. Existem 22 pares de autossomas, que controlam a maioria das características do corpo, e um par de cromossomas sexuais que controla principalmente a determinação do sexo. O grande cromossoma feminino chama-se X, o minúsculo cromossoma masculino é o Y. Geralmente, a presença de um cromossoma Y faz com que um embrião se desenvolva como sendo do sexo masculino. Perry (2008:62).

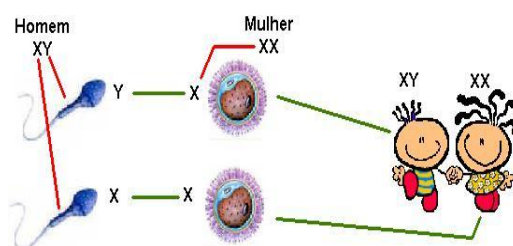


Figura 2: Células somáticas humanas

A primeira célula do novo indivíduo é a formação do ovo ou zigoto. A replicação celular mitótica, chamada clivagem, começa com a viagem de 3 a 4 dias do zigoto ao longo da trompa até o útero. No espaço de 3 dias produz-se uma mórula que é uma esfera sólida de 16 células envolvidas e protegidas pela zona pelúcida. O desenvolvimento prossegue enquanto a mórula flutua livremente dentro do útero. O fluido passa através da zona pelúcida para os espaços intercelulares, entre os blastómeros, separando-os em duas partes: o trofoblasto que vai dar origem à placenta; e o embrioblasto que vai dar origem ao embrião. Lowdermilk e Perry (2008:203) afirmam que “(...) a zona pelúcida degenera e o trofoblasto adere ao endométrio uterino”, e que esse processo acontece entre 6 a 10 dias após a concepção, sendo denominado de implantação.

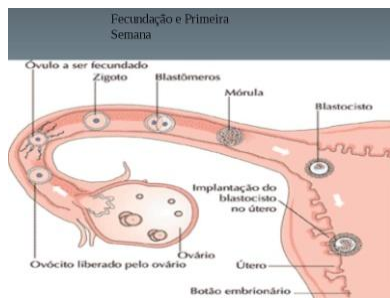


Figura 3: Fecundação e primeira semana

Ainda segundo estes mesmos autores, o desenvolvimento intra-uterino divide-se em três estádios:

1. Ovo ou zigoto, que dura desde a concepção até 14º dia;
2. Embrião, que ocorre desde o 15º dia até aproximadamente 8 semanas;
3. Feto, que vai desse período até ao nascimento, Lowdermilk e Perry (2008:204).

Segundo Carvalho e Figueiredo (2007: 19), ao 17º dia o coração do embrião começa a bater e a placenta vai se desenvolvendo até estar completa por volta das (20 semanas). Pela 8ª semana, o embrião já tem as características humanas, à 12ª inicia o funcionamento do rim e, pela 16ª semana, o esqueleto já está consolidado; às 20 semanas, o feto já apresenta cabelo e faz período de sono, chupa no dedo e brinca com as mãos. Às 24 semanas, o feto tem o pelo fino e rosado, os olhos já estão formados e inicia-se a formação do surfactante pulmonar. Pelas 28 semanas, todos os sentidos estão em funcionamento, e o cérebro e sistema nervoso continuam o seu rápido desenvolvimento. Às 32 semanas, o sistema respiratório e digestivo estão quase funcionais, e inicia-se o período de maior ganho de peso pela reserva de gordura, ferro e minerais. Entre a 36ª e a 40ª semana, inicia-se o crescimento, e a maioria dos fetos encontra-se em posição cefálica.

O útero acompanha o crescimento do feto, saindo da cavidade pélvica para a cavidade abdominal, e de acordo com Lowdermilk e Perry (2008:225):

“(...) esse crescimento acentuado do útero, durante o primeiro trimestre de gravidez, ocorre em resposta aos estímulos produzidos pelos níveis elevados de estrogénio e progesterona, aumento da vascularização e da dilatação dos vasos sanguíneos, bem como da sua hiperplasia, hipertrofia, e o desenvolvimento da decídua.”

Ainda as mesmas autoras, confirmam que:

“(…) à medida que cresce, passa a ser palpável acima da sínfise púbica, o que acontece entre a 12ª e a 14ª semanas de gravidez. O útero cresce gradualmente até atingir o nível do umbigo, entre 22 e as 24 semanas, e quase atinge o apêndice xifoideu no termo da gestação. Entre a 38ª e a 40ª semanas, o fundo do útero baixa (...)”.(ibid:226)

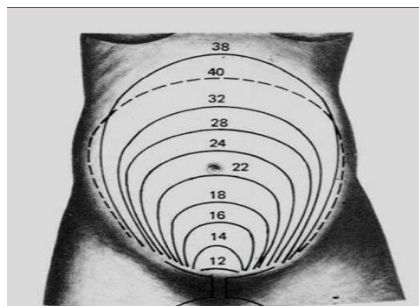


Figura 4:Desenvolvimento uterino durante a gravidez

Para as multíparas, o reconhecimento dos movimentos fetais pode ocorrer entre as 14 e as 16 semanas, e para as nulíparas só se pode descrever esta sensação por volta das 18 semanas. Esses movimentos “ (...) são muitas vezes descritos como um tremor, difícil de distinguir dos movimentos peristálticos”, Lowdermilk e Perry (2008:229).

Também se pode falar das mamas que futuramente terão um papel importante na amamentação do recém-nascido. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008:230), “(...) nas primeiras semanas de gestação, as mamas ficam túrgidas, muito sensíveis, mais dolorosas e pesadas, em resposta ao aumento dos níveis de estrogénio e progesterona”. Os mamilos e a auréola tornam-se mais pigmentados.

Durante o 2º e 3º trimestre de gravidez, o crescimento das glândulas mamárias provoca um aumento progressivo do volume e do tamanho das mamas. A partir do 3º mês, pode detectar-se nas células acinares uma secreção fina, transparente e viscosa a que se chama pré-colostro. Por conseguinte, aparece o colostro que é “(...) um líquido cremoso, branco, amarelado, ou alaranjado, precursor do leite, e que pode ser excretado pelos mamilos desde as 16 semanas de gestação”, Lawrence e Lawrence (2004)*cit in* Lowdermilk e Perry (2008:231).

São muitas as alterações gravídicas, embora aqui citemos as que atingem a pele, por ser o maior órgão do sistema tegumentar e funcionar como uma fronteira entre o corpo e o meio exterior, sendo do conhecimento de todos que a mulher se preocupa imenso com a sua aparência física, daí a atenção com que segue todo este processo de modificações.

Lowdermilk e Perry (2008:237) afirmam que, aproximadamente na 16ª semana de gestação, surge um escurecimento nos mamilos, nas aréolas, nas axilas e na vulva. Esta

hiperpigmentação é estimulada por uma hormona segregada pela adeno-hipófise, a melanotropina, que aumenta durante a gravidez.

O cloasma ou máscara gravítica, “(...) constitui uma hiperpigmentação acastanhada da pele que recobre as proeminências malares, o nariz e a fronte das grávidas, sobretudo em mulheres de pele escura”. Lowdermilk e Perry (2008:237)

A linha negra “(...) é uma pigmentação mediana que se estende desde a sínfise púbica até ao cimo do fundo uterino (...). Nas primigestas, a extensão da linha negra acompanha, frequentemente, o aumento da altura uterina, a partir do terceiro mês; nas multigestas, a linha pode ser visível na sua totalidade mesmo antes do terceiro mês”. (*Ibidem*)

As estrias gravídicas podem ser causadas por acção dos adrenocorticóides, são linhas irregulares, ligeiramente deprimidas e “(...) separações das fibras de tecido conjuntivo (colagénio) nas camadas inferiores da pele” (*Ibidem*).

A cor das estrias varia segundo a cor da pele da gestante (nas mulheres de pele clara, as estrias são rosadas e nas mulheres de pele escura são mais claras que a pele circundante).

Couto (2003:34) revela que os estudos de Bibring, *cit in* Filipe (1997), introduziram a noção de que o desenvolvimento psicológico ocorrido durante a gravidez pode ser conceptualizado numa sequência de faces.

São eles a integração decorrida durante o primeiro trimestre, que constitui a aceitação da sua gravidez por parte da mulher; a diferenciação ocorrida no segundo trimestre, que inicia com a percepção dos movimentos fetais e com a mulher a começar a vivenciar a autonomia do feto; e a separação ocorrida no terceiro trimestre, entre a 28 e a 30 semanas, em que começa o processo pelo qual a mulher se vai desligar da gravidez (*ibidem*).

Depois, chega finalmente o nascimento, que é o início de uma vida extra-uterina e de novas mudanças para a família.

Melhor dizendo, “(...) o trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta, e as membranas para o exterior do útero através do canal de parto”, segundo Lowdermilk e Perry (2008:344).

Kitzinger (1996:92) diz que “(...) o trabalho de parto em si não é apenas um acto biológico, mas também um processo social”. Por isso, pela destacada evolução tecnológica a que todos assistimos, importa trabalhar uma maior e melhor compreensão da pessoa grávida. Se queremos, enquanto profissão, providenciar uma maior assistência para o

parto, precisamos conhecer o que a mulher pensa sobre a sua gravidez, assim como os aspectos culturais que envolvem o parto, para que o possamos desmistificar enquanto acto natural, embora de angústia e dor.

Segundo Ziegel e Cranley (1985:361), o trabalho de parto é uma ocasião de importância primordial para a família e para a mulher, considerando que os membros da família e outras pessoas de apoio apresentam reacções emocionais e comportamento variáveis, enquanto para Verneau (1957:5) é “(...) o acto fisiológico por meio do qual o produto da concepção se separa do organismo materno”.

O trabalho de parto é o processo que conduz ao apagamento progressivo e dilatação da cérvix e a descida da cabeça da criança, e que conduz à eventual expulsão do feto e dos outros produtos da concepção. O efectivo nascimento do feto é chamado de parto, consoante Ziegel e Cranley (1985:313).

Por seu turno, a FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009:20) define o parto normal como sendo:

“(...) o processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados factores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo”.

Couto (2003:34) diz que o parto é constituído por três fases distintas. A primeira é a fase de dilatação que, para as primíparas, pode demorar cerca de 12 horas, enquanto para as múltiparas esse período demora relativamente menos tempo.

O útero produz contracções rítmicas e progressivas que provocam dilatação e extinção do colo do útero. A dilatação é avaliada por centímetros, dizendo-se que o colo se encontra totalmente dilatado quando atinge dez centímetros. A extinção e o apagamento do colo e da sua espessura são avaliados em percentagem. (*Ibidem*)

A segunda fase dá-se com a expulsão do produto da concepção. É considerado parto quando a mulher expulsa um feto com um peso igual ou superior a 500 gramas e 22 semanas de gestação e, quando se dá a expulsão anterior a estes valores, estamos perante um aborto. (*Ibid:35*)

A terceira fase denomina-se dequitadura, dá-se com a expulsão da placenta e das membranas corioamnióticas, ocorrendo durante a primeira hora pós parto. (*Ibidem*)

Verneau (1957:5) diz-nos ainda que devemos ter em conta os fenómenos fisiológicos do parto: 1º as contracções; 2º a dor; 3º a dilatação do orifício vulvar; 4º a formação e a rotura da bolsa de água; 5º a saída do fluxo sanguíneo; 6º a distensão da vagina, do períneo

e da vulva, e que estes se reduzem a dois grupos principais, que são: o período de dilatação, que começa com o trabalho de parto e termina com a completa dilatação do colo da matriz, e o período de expulsão, que vai desde a completa dilatação do colo uterino até à saída do feto das partes genitais.

2.2. Humanização de cuidados de enfermagem no trabalho de parto

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003:2016), “humanizar vem de humano + -izar, que significa: i. tornar (-se) humano; dar condição humana. ii. acto de humanização. iii. tornar benévolo, afável, tratável. iv. fazer, adquirir hábitos sociais, polidos; civilizar”.

Humanizar, no nosso entorno, então contribui inescusavelmente para melhorar a qualidade de nossas vidas na busca pela felicidade no cuidado do dia-a-dia, e no cuidado dos outros quando estes necessitam de nós, segundo Barmejo (2008:46).

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contacto humano, ouvir, acolher, explicar, e criar vínculo são requisitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprova benefícios, redução de medidas intervencionistas, privacidade, autonomia e respeito à parturiente ao ser admitida em trabalho de parto pois, em geral, a mulher é afastada dos familiares e submetida a procedimentos cujos resultados às vezes não são os melhores.

Se visualizarmos a parturiente como única e com direitos a serem respeitados, os profissionais devem utilizar o diálogo como um diferencial na assistência humanizada e este deve ser valorizado desde o pré-natal, buscando atender aos questionamentos delas, com orientações e esclarecimento de dúvidas e temores em relação à gestação, trabalho de parto, parto e puerpério.

Cuidar é mais do que um acto, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de responsabilização e desenvolvimento com o outro, como nos diz Boff (1999:33).

Ainda segundo o mesmo autor “a enfermeira é uma ‘substituta’, ‘ajudante’ e ‘parceira’ num contexto estranho para a pessoa de quem cuida para que esta possa se manter estável e equilibrada e conseguir se recuperar.” (*Ibidem*)

Tendo em conta a evolução da humanidade e da profissão de enfermagem, esta tem mudado a sua postura em relação ao utente, passando a vê-lo como um todo e a prestar-lhe assistência tanto na parte física, como também cuidando dos aspectos emocionais e psicológicos do indivíduo, permitindo-lhe ultrapassar melhor a situação de doença.

Sendo a enfermagem uma profissão que assenta no cuidar, consideramos que este tema vai ao encontro de um pilar fundamental da profissão - a humanização dos cuidados - consagrado no artigo 89.º do Código Deontológico do Enfermeiro de Portugal que enuncia, na alínea b), o dever que o enfermeiro assume de “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Decreto-Lei nº104/98).

Uma vez que esta profissão ancora-se numa relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa que é alvo dos cuidados, tal como enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros de Lisboa (2001), o relacionamento terapêutico, que não existe sem comunicação, estabelece o desenvolvimento e a prestação de cuidados humanizados como elemento essencial na prossecução da excelência profissional. Efectivamente, é da competência do enfermeiro desenvolver “(...) relações terapêuticas (...) através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais”, Ordem dos Enfermeiros de Lisboa (2001).

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objectiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjectiva, que se baseia na sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser.

Todo o profissional de saúde deve pensar em colectividade e no outro, pois não se trabalha de forma isolada. O contacto diário e a comunicação que deve ser estabelecida são uma troca de ideias e conhecimentos que se traduz no enriquecimento do profissional de saúde, possibilitando-lhe conhecer o paciente e assim fornecer uma assistência com mais qualidade e eficácia. Esta atitude promove a humanização para as relações que se estabelecem entre o profissional, o utente, a família e a instituição de saúde que aquele representa.

Nas palavras de Watson (2002:62), “(...) uma vez que a enfermagem é uma profissão que cuida, a sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, afectará o desenvolvimento humano da civilização e determinará o contributo da enfermagem para a sociedade”.

Benner e Wrubel (1989) *cit in* Emília C. Coutinho, na revista *Experiência de ser Cuidada da Sala de Partos* (nº2:29), defendem que o cuidar é fundamental como factor de crescimento humano. Por um lado, para a pessoa que se sente frágil, os gestos de reconhecimento do seu valor humano, o respeito, a delicadeza, a ajuda, o interesse comunicam-lhe energia para continuar a viver e a ultrapassar os obstáculos da vida. Por outro lado a pessoa que cuida tem acesso e interpreta os significados e preocupações do outro sem ter tido a sua experiência, sendo necessário que quem cuida se envolva e esteja em sintonia com quem é cuidado, assumindo, a comunicação, um papel importante na interacção.

Citando Hesbeen (2004:101) “(...) o cuidado de parto exige habilidades distintas e, como tal, é uma conduta ética que se baseia no descobrimento do outro, na sua particularidade e no seu acompanhamento, tendo por objectivo proteger a vida, respeitando-a.

A enfermagem, como ciência de formação multidisciplinar dirigida ao homem actual considerado na sua globalidade, está no centro da evolução humana.

Segundo o Manual Técnico do Ministério de Saúde de Brasília (2006:9), entende-se por humanização:

“A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação colectiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Por outro lado, a atenção obstétrica e neo-natal devem ter como características essenciais a humanização e, como explica o Manual Técnico do Ministério de Saúde de Brasília (2006:10):

“ Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada dá-se por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com acções que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatoriais básicas ao atendimento hospitalar para alto risco”

É neste sentido que Cechin (2002:445) acredita que a humanização do parto consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade e “(...) oferecer ambiente seguro, oferecer-lhe um acompanhamento merecedor e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária”. Diz-nos que a humanização do parto implica o parto

natural/natural, daí ser importante salientar que a assistência humanizada não é só condição técnica, mas prioritariamente solidariedade, respeito e amor pelo ser humano. Por seu turno, o Ministério Brasileiro da Saúde (2001:38) aponta que “(...) a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa desfrutar a maternidade com segurança e bem-estar.

Actualmente o enfermeiro exerce um conjunto de competências técnicas e relacionais que garantem a sua responsabilidade, amparando-se numa metodologia científica ao prestar cuidados específicos ao utente, a família e a sociedade, Couto (2003:19).

No seu estudo Couto (2003:140) intitulado Preparação para o Parto, diz que o mesmo proporciona inúmeras vantagens para a mulher, porque uma mulher educada e colaborante, terá um parto mais fácil, reduzindo complicações para si e para o recém-nascido, tempo de internamento, e fármacos administrados, entre outros.

2.2.1.A transição da parentalidade e o acompanhante

Durante o século passado houve a passagem da maternidade das unidades familiares (em que as mulheres aprendiam tudo sobre o nascimento através das suas mães, irmãs, da sua família e em que o parto decorria em casa, junto das famílias, sem interferências médicas) para os hospitais.

Assim os partos eram feitos no domicílio por parteiras leigas, ajudadas pelas mães e amigas das parturientes, ficando o pai de fora à espera de notícias e a comemorar com um “groguinho”.

Actualmente com a transferência do parto do ambiente domiciliário para a maternidade, este adaptou-se cada vez mais às novas tecnologias e à mudança de comportamentos. Sem dúvida que os grandes avanços tecnológicos trouxeram grandes benefícios à obstetrícia, tendo as taxas de morbilidade e mortalidade materna e fetal diminuído drasticamente. No entanto, o parto deixou de ser um evento único e íntimo, para ser completamente medicalizado, num ambiente indiferente e desprovido de sentimentos. O parto já não é um assunto somente da mulher, mas sim um assunto da família, em que os homens estão a ser encorajados a participar, podendo-se ver que existe actualmente um interesse maior do pai em acompanhar a sua mulher nesse momento importante.

Kitzinger (1984:177) faz notar: “(...) a importância do marido como figura de suporte na fase final da gravidez, como alguém que assume juntamente com a mulher o protagonismo da cena do parto. Talvez seja ele a primeira pessoa a ver o bebé, o qual pode mesmo estar nos seus braços, quando adormecer pela primeira vez.”

A aceitação da presença do pai ou outro acompanhante durante o trabalho de parto e na hora do nascimento deveria ser efectuada pelos enfermeiros e pela instituição de saúde, com o intuito de promover o envolvimento emocional do pai ou outros com o bebé. São factores que proporcionam bem-estar físico e emocional à mulher e favorecem uma boa evolução no período pré-parto e do parto. Ou seja, o acompanhante transmite segurança durante todo o processo de parturição (parto normal), o que pode diminuir as complicações na gestação, parto e puerpério.

Mas, é de referir que de acordo com a realidade da maternidade do HBS não é permitido até então a presença do acompanhante na sala de parto, porque o mesmo não oferece condições de privacidade, devido à estrutura arquitectónica. Também, é notável a exclusão do pai ou outro acompanhante de participar nesse processo, isso porque alguns profissionais dizem que pode atrapalhar, ou ainda, porque as instituições de saúde ainda não dispõem de um adequado espaço físico e preparação de profissionais que estejam preocupados com uma assistência humanizada no trabalho de parto.

O parto é um acontecimento único na vida de uma mulher e da sua família, em que os aspectos emocionais são fundamentais e devem ser respeitados. Por isso, actualmente, tem-se falado mais em humanização do parto, e os enfermeiros são os grandes responsáveis pelas modificações que se têm verificado no cuidado em obstetrícia, e pelos avanços que têm sido implementados em termos de humanização do parto. Colman e Colman (1994:152) referem que “(...) uma vez que o parto é o culminar da gravidez, parece correcto que a experiência da gravidez deva acabar tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar juntos uma nova vida.”

Ainda é da opinião de Erna E. Ziegel (1986), *cit in* Colman e Colman (1994:142), que o pai é como um assistente activo da mulher em trabalho de parto para alívio da ansiedade e relaxamento.

O acompanhante do utente é considerado por Hesbeen (2001:23) como “(...) a faceta mais apaixonante uma vez que estabelece contacto com a singularidade da pessoa, com a complexidade da sua situação, e da sua vida”.

Colman e Colman (1994:47) interrogam-se sobre “(...) quem dará à mulher amor e afecto durante a gravidez, atenção e cuidado durante o trabalho de parto e nascimento, e ajuda tanto prática como emocional no período pós parto? Espera-se frequentemente que o marido preencha todos estes papéis.”

Autores como Loux e Coutinho (2000:39), e Couto (2003:31) partilham a opinião de que o parto no ambiente hospitalar retirou à mulher um ambiente familiar onde fica rodeada de objectos pessoais e de pessoas próximas, levando-a para o isolamento, num local que desconhece, sem as pessoas que lhe são significativas, e a benefício de cuidados e de profissionais que, embora possam ajudar, são-lhe desconhecidos.

Lowdermilk e Perry (2008:522) afirmam que a transição da parentalidade é um período de mudança e instabilidade para o homem e para a mulher, independentemente de qualquer que seja o tipo de família. A cultura do machismo sempre esteve presente na nossa sociedade, pois a divisão de tarefas entre os sexos e os papéis assumidos por pais e mães eram bem definidos, em que a mulher era quem cuidava da casa e dos filhos, e o homem era quem buscava o sustento da família.

Klaus e Kennel (1996), *cit in* Lowdermilk e Perry (2008:522), utilizam o termo ‘vinculação’ como um período sensível nos primeiros minutos e horas após o nascimento, ocasião em que os pais devem ter um contacto próximo com os seus bebés para otimizar o seu desenvolvimento posterior, sendo que o conhecimento é uma parte importante da vinculação na qual os pais usam o contacto visual, o toque, a fala e a exploração atenta para conhecer o filho. Hoje, cada vez mais, a mulher preocupa-se com a sua realização académica e profissional, ganhando assim mais direito de exigir a participação dos homens nos cuidados quotidianos com os filhos e com a casa. A participação do pai é considerada como de extrema importância no acompanhamento pré-natal e no momento do parto, sendo que alguns autores consideram fundamental a participação dos pais no momento do nascimento, e um dos princípios da humanização do parto.

O compartilhar da experiência do parto pelo casal permite a formação do vínculo entre os pais e o bebé. A participação dos pais no nascimento está presente no conceito de humanização pois é essencial para ajudar a grávida na redução da ansiedade, do medo, da própria dor das contracções uterinas e aumento da sua realização pessoal, conforme Couto (2003:50).

O parto é o terminar da gravidez, por isto segundo Colman e Colman (1994), *cit in* Coutinho (2000:24), seria correcto que a experiência da gravidez terminasse tal como

começou, com um momento íntimo, entre um homem e uma mulher, que em conjunto geraram uma vida e estão prestes a começar criá-la, preparando-a para o futuro. Tanto assim é que a participação do pai reveste-se de extrema importância no acompanhamento pré-natal e no parto, trazendo várias contribuições ao desempenho dos direitos reprodutivos dos homens e das mulheres.

Ainda consoante este mesmo autor, os pais vivem a gravidez e a expectativa de ter um filho à sua maneira e, embora a experiência do homem não seja despoletada por alterações físicas e hormonais, ele passa por alterações psicológicas, pessoais e mesmo sociais tão profundas como a sua companheira.

A mãe e o filho estão ligados pelo laço do milagre da vida, um milagre criado nove meses antes, e seria muito importante que o pai participe no corte do cordão umbilical, aumentando isso mais o vínculo entre a família, ajudando na distribuição dos papéis e das tarefas, no direito a um nome e a uma nacionalidade, entre outros.

O apego é o processo através do qual um pai/mãe começa a amar e a aceitar um filho e este começa a amar e a aceitar um pai/mãe, consoante Lowdermilk e Perry (2008:522).

Existe uma vinculação mútua entre o pai e o bebé ainda durante a gravidez, embora alguns homens tenham sentimentos ambivalentes em relação aos seus filhos, e a maioria manifeste sentimentos de orgulho, alegria, amor e realização.

Na sociedade cabo-verdiana a questão da paternidade vem merecendo uma atenção especial. No dia 19 de Março, foi lançada na cidade da Praia a campanha nacional “A mi é pai”, que circula nas redes sociais nos próximos seis meses e com o objectivo de sensibilizar os cidadãos, famílias, instituições do Estado e organizações da sociedade civil para a importância de assumir as responsabilidades parentais e usufruir dos direitos como pais.

O Presidente da República, S. Exa. Senhor Jorge Carlos Fonseca, no seu discurso proferido no “Fórum por uma paternidade responsável”,¹ por ocasião da abertura da campanha nacional “A mi é pai”, diz que “Debater o tema da paternidade responsável significa, na realidade, uma profunda e ampla reflexão sobre um objecto multifacetado, que articula diversas áreas do saber, escolhas e sentimentos individuais, sendo, portanto, um tema de grande complexidade”. Ainda para ele o exame da paternidade, que no nosso ponto de vista compreende desde a escolha reflectida da constituição da prole à garantia

¹<http://presidencia republica decabo verde.blogspot.com/2013/03/discurso-proferido-por-sua-excelencia-o-25.html>

das condições económicas, sociais e culturais para o seu completo cumprimento, envolve, desde logo, o princípio da dignidade humana.

Em Cabo Verde dados apontam para 37,6% das famílias cabo-verdianas como famílias monoparentais, sendo em quase 68% delas a mulher a única fonte de recursos, tanto do ponto de vista económico como educativo e social, tendo isso reflexo nas crianças, mães e mesmo no futuro da sociedade.²

2.3. Papel do enfermeiro no trabalho de parto humanizado

Os cuidados de enfermagem centram-se na avaliação e apoio à mulher e à família durante o processo de trabalho de parto e parto, de forma a garantir os melhores resultados possíveis para todos os envolvidos. É fundamental envolver a parturiente como parceira na formulação de um plano de cuidado, o que irá permitir a sua participação no nascimento do filho e reforçar a sua auto-estima e nível de satisfação.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008:415):

“As mulheres guardam recordações das experiências vividas durante o nascimento dos filhos, o enfermeiro terá sem dúvidas um papel importante nesse processo, e para aqueles que respeitam, apoiam, protegem, encorajam, que estão disponíveis, são simpáticos e calmos, que confortam e ajudam essas parturientes, estas experiências são recordadas de uma forma positiva”.

O enfermeiro, enquanto ser humano, tem uma personalidade que o caracteriza. A assistência humanizada não pode ser ensinada e nem ordenada, mas sim vai depender do carácter do enfermeiro e da sua sensibilidade como pessoa, por um lado, e da inclusão deste conceito na sua formação universitária, tanto a nível teórico como prático. É por isso que, na sua assistência à mulher, o enfermeiro deve fazer todos os esforços possíveis para compreender, aceitar os sentimentos dos membros da família e satisfazer suas necessidades de assistência relacionadas com o parto. Por desempenhar um papel de extrema importância em todo este processo, o enfermeiro deve mostrar detalhadamente, por meio da sua conduta, que cada caso é considerado um acontecimento muito importante por si mesmo. O enfermeiro que presta cuidados às parturientes deve ter em conta que, “o nascimento de um filho representa para a mãe um momento de crise, entendida como um momento em que transformações estão prestes a produzir-se”, Ausloos (1996:153).

² www.gateway-caboverde.org.cv/index.php

As transformações que a mãe deve enfrentar são de vários níveis, pelo que a forma humanizada de cuidar de mulheres no período de trabalho de parto passa pela formação de cada profissional de saúde.

Com o desenrolar do processo de trabalho de parto percebe-se o advir de expressões de angústia, medo, inquietação e indiferença que se acentuam à medida que o próprio desconforto originado pelo trabalho de parto evolui. O apoio emocional dado à mulher e à família pelo enfermeiro é fundamental, se tivermos em conta que, tal como referiu Florence Nightingale (2005:59), “a apreensão, a incerteza, a espera, a expectativa, e o medo da surpresa prejudicam mais o doente do que o esforço físico”.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008:356), “(...) a dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual com componentes a nível sensorial e emocional”. Contudo, a dor de parto deve ser encarada como um processo fisiológico natural, sendo específica para cada mulher e influenciada por factores fisiológicos, psicológicos e ambientais. Para tal, o enfermeiro com uma abordagem centrada no cuidar e numa presença que garante segurança é capaz de satisfazer as necessidades e os desejos da parturiente e proporcionar-lhe uma sensação de conforto.

O enfermeiro deve conhecer técnicas farmacológicas e não farmacológicas que ajudarão a parturiente a minimizar esse desconforto e, para tal citamos aqui as posições que, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008:344) “(...) afectam as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher ao trabalho de parto”. Mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação, segundo Gupta e Nikodem (2001), *cit in* Lowdermilk e Perry (2008:344).

A mulher deve ser encorajada e orientada durante o trabalho de parto para que ela possa adoptar posições que considere confortáveis, dentre as quais destacamos algumas: caminhando, sentada/inclinada, sentada com as pernas cruzadas, *semi-fowler*, em genuflexão (flexionar os joelhos, ex: gatinhar), de pé, de cócoras, de joelhos e inclinada para a frente com apoio, Lowdermilk e Perry (2008:345).

Como nos dizem Hodnett, Gates, Hofmeyr e Sakala, (2003), Righard (2001), Simkin e O’Hara, (2002) *cit in* Lowdermilk e Perry, (2008:359):

“A presença de uma pessoa (i.e. familiar, amigo) que proporcione apoio físico, emocional e psicológico é uma forma benéfica de cuidar que alivia a dor significativamente, melhora os resultados, diminui as intervenções (por exemplo, utilização de medidas farmacológicas para o alívio da dor), a taxa de complicações (partos por cesariana) associadas ao parto e melhora a satisfação global materna”.

O ambiente é também um factor que o enfermeiro deve ter em conta, porque esse pode influenciar a capacidade da mulher para lidar com a dor do trabalho de parto.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008:449), os quartos de trabalho de parto devem ser arejados, limpos e semelhantes ao domicílio. A mulher deve sentir-se segura neste ambiente e livre para ser ela própria e para usar as medidas de relaxamento e de conforto que preferir. Para melhorar o relaxamento, as luzes sobre a cabeceira devem ser desligadas quando não são necessárias, e o ruído e o movimento de pessoas devem ser reduzidos ao mínimo. O quarto deve ser suficientemente grande para acomodar uma cadeira confortável para o companheiro e para o pessoal hospitalar. Pode-se encorajar a parturiente a trazer as suas almofadas para tornar o ambiente hospitalar mais parecido com o seu domicílio e para facilitar as mudanças de posição. O enfermeiro pode aliviar a ansiedade da mulher explicando-lhe os termos com os quais não está familiarizada. O ambiente deve ser seguro e ter privacidade, permitindo à mulher sentir-se livre para ser ela mesma a tentar medidas de conforto. Passamos a enumerar algumas delas:

- a) Técnicas respiratórias através de inspirações pelo nariz e expirações pela boca de forma relaxada, começando com uma inspiração profunda de limpeza, para receber a contracção, e terminando com uma expiração lenta para acabar suavemente com a contracção;
- b) Hidroterapia, banhos de banheira, chuveiro ou jacto de água quente, e sentar-se numa banheira com água até aos ombros durante 1 a 2 horas têm inúmeros benefícios imediatos pois, de acordo com Nikodem (2003) *cit in* Lowdermilk e Perry, (2008:449) “(...) a flutuação provocada pela água, proporciona relaxamento generalizado do corpo e alívio temporário do desconforto e da dor”, reduz também a ansiedade e aumenta o bem-estar. E ainda a produção de catecolaminas diminui, o que leva a um aumento dos níveis de oxitocina (para estimular as contracções uterinas) e de endorfinas (para reduzir a percepção da dor). Além disso, as bolhas de água e o contacto com a mesma estimulam os mamilos, o que também aumenta a produção de oxitocina;
- c) Musicoterapia, aumenta o relaxamento durante o trabalho de parto e, por conseguinte, reduz o *stress*, a ansiedade e a percepção da dor. As parturientes devem ser incentivadas a levar a sua música preferida para a maternidade e o uso de auscultadores pode aumentar a sua eficácia porque outros sons serão

excluídos. Essas são algumas entre outras muitas estratégias de relaxamento e alívio da dor, Lowdermilk e Perry (2008:361, 362, 363).

Hesbeen (2000:70) refere que o objecto de Enfermagem é “(...) actuar para tornar mais confortável, mais suave e mais calorosa a situação vivida”.

De acordo com Collière (1989:21), “(...) os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. São de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema socioeconómico, em cada situação”. A pessoa deve ser vista como ser único, digno, e que tem uma visão do mundo que lhe é específica.

Consideramos que a prática de enfermagem, na sua globalidade, tem que partir de uma relação de ajuda que permita uma intervenção mais holística dos cuidados de enfermagem, a qual passa necessariamente pelo desenvolvimento das capacidades relacionais.

Em termos de higiene geral, é importante disponibilizar a utilização do chuveiro ou um banho de água quente, de forma a melhorar o sentimento de bem-estar e a minimizar o desconforto das contracções. Benfield (2002); Cluett, Nikodem, McCandlish e Burns (2004) *cit in* Lowdermilk e Perry (2008:415). A mulher deve ser encorajada a lavar as mãos após ter realizado as suas necessidades, e a realizar outros cuidados de higiene apropriados.

A ingestão adequada de líquidos e nutrientes calóricos é extremamente necessária para combater as necessidades energéticas e a perda hídrica associada ao parto. Recomenda-se a ingestão de alimentos leves e isso porque, segundo Lowdermilk e Perry (2008:442) “(...) minimizam o risco de complicações anestésicas e consequentes sequelas, caso seja necessária uma anestesia geral perante uma emergência”, querendo isso dizer a aspiração do conteúdo gástrico e consequente compromisso da perfusão de oxigénio.

As mesmas autoras afirmam ainda que, actualmente, essa prática tem sido desafiada, porque se tem utilizado mais a anestesia regional (Raqui) ficando as mulheres acordadas durante a anestesia e sendo, portanto, capazes de se auto-cuidar e proteger as vias aéreas.

Nos trabalhos de parto prolongado, e também de início nas primeiras horas da manhã (depois de uma noite sem ingestão de calorias), desenvolvem-se corpos cetónicos e, se não for satisfeita essa necessidade, poderá levar ao metabolismo dos líquidos. Por conseguinte, requer uma baixa de energia corporal para realizar os esforços expulsivos. Em suma, o enfermeiro deve seguir a prescrição médica, ou incentivar e encorajar a mulher a ingerir

alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, devido aos benefícios que isso acarreta. Lowdermilk e Perry (2008:442).

A mulher deve ser encorajada a realizar eliminação vesical, ou seja a urinar de 2 em 2 horas ou sempre que necessário, porque segundo Lowdermilk e Perry (2008:445) “(...) uma bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir as contracções uterinas e provocar a diminuição do tónus da bexiga ou atonia após o parto”.

Deve-se ajudar a mulher na ida à casa de banho e, quando se recomenda o repouso no leito, pode ser necessário algaliá-la ou oferecer-lhe a arrastadeira sempre que necessário.

Com a eliminação intestinal, as fezes são geralmente expelidas durante a fase de expulsão e nascimento, mas isso aumenta o risco de infecção e também pode causar alguma dificuldade à mulher. Para tal, o enfermeiro deve limpar imediatamente a região perineal, enquanto explica à mulher que a expulsão de fezes nesta fase é um acontecimento normal e esperado, porque os músculos utilizados para expulsão do bebé são os mesmos utilizados para a expulsão de fezes. Lowdermilk e Perry (2008:446).

A deambulação e posicionamento, de acordo com Enkin *et al* (2000) *cit in* Lowdermilk e Perry (2008:446) constituem “(...) a liberdade para a mãe deambular sem restrições e de escolher a posição durante o trabalho de parto são formas de cuidado consideradas benéficas para a mulher em trabalho de parto e devem ser encorajadas”.

Isso traz vantagens tais como a melhoria da actividade uterina, funciona como uma distracção dos desconfortos do trabalho de parto, e aumenta o controlo da mãe, constituindo um momento de interacção próxima com o seu companheiro e o prestador de cuidados. (*ibidem*)

O enfermeiro deve actuar como defensor da mulher, apoiando as suas decisões e respeitando as suas escolhas conforme apropriado, e transmitindo os seus desejos aos outros profissionais de saúde, se necessário. Resumindo, deve-se reconhecer os esforços da mulher bem como os do seu companheiro durante o trabalho de parto e reforçá-los de forma positiva.

O papel do enfermeiro passa a ser de complementaridade e de colaboração com a equipa de saúde. O enfermeiro exerce hoje um conjunto de competências técnicas que garantem a sua responsabilidade, e são o amparo dos cuidados específicos prestados aos utentes, à família e à sociedade. E passa-se com níveis de intervenção diferente, pois enquanto as intervenções dos médicos, por exemplo, estão centradas na doença, as do

enfermeiro centram-se na pessoa cuidada, na sua globalidade como um ser biológico, psicológico, social, cultural, e espiritual, promovendo a sua saúde e o bem-estar global.

Virgínia Henderson (2007:4) refere que o enfermeiro e a enfermagem têm como finalidade a substituição da pessoa quando esta tem uma necessidade ou exigência para a sua vida, enquadrando o relacionamento da grávida como uma necessidade humana.

A Organização Mundial da Saúde defende que o banho, o incentivo a posições diferentes, a liberdade de movimento, as técnicas para alívio de dor, e a presença do acompanhante estão entre as práticas que devem ser estimuladas no trabalho de parto e nascimento. No entanto, devido às dificuldades em aceitar o acompanhante durante o trabalho de parto e de parto, essas técnicas por vezes acabam sendo utilizadas de forma inadequada, já que as parturientes desconhecem esta forma assistencial e não têm direito a escolha, tornando a situação desumana.

O profissional que acompanha a mulher durante o processo de parto e nascimento, além de possuir competência técnica, precisa estar presente, disponível aos anseios, e ser capaz de compreendê-los. Os procedimentos e as técnicas são inerentes à rotina de assistência e, independentemente do tempo que o profissional tem disponível, a falta de tempo não pode ser usada como justificativa para o afastamento do profissional de saúde da parturiente.

A propósito, Couto (2003:41) refere que o enfermeiro deve aproveitar todos os momentos de inter-relação com a parturiente e a família, de modo a construir uma relação de empatia, ajuda e confiança, trazendo assim bem-estar, relaxamento e alegria durante todos os momentos da maternidade. Assim, a preparação para o parto é uma mais-valia, uma relação de partilha e de alegria, não só para a grávida, casal e família, mas também para os profissionais de saúde nela envolvidos.

A satisfação no parto não está condicionada à ausência de dor. Muitas mulheres estão dispostas a sentir alguma dor com o parto; o que elas não querem é que a dor seja insuportável. Em grande medida, o que mais se inclui na satisfação com o parto é o comportamento dos profissionais. A satisfação com o parto é fortemente associada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o trabalho. (Rede Feminista de Saúde (2002).

Capítulo III – Fase metodológica

3.1. Metodologia de investigação

Este trabalho é o resultado de intensa pesquisa bibliográfica de publicações inerentes à questão do Parto Humanizado. Por essa razão, adoptou-se uma metodologia que busca descrever os conceitos já publicados de forma a nos ajudar a compreender a nossa pergunta de partida. Utilizámos também um segundo recurso que é a colecta de dados através de entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas. Isto permitiu-nos a realização de um estudo prático com o qual pretendemos dar respostas à nossa pergunta de investigação e alcançar os objectivos propostos. Para que isso seja possível, recorreu-se a uma metodologia que, segundo Thiollent (2000:25), “(...) pode ser vista como o conhecimento geral e a habilidade que são necessárias ao pesquisador para se orientar no processo de investigação, tomar decisões oportunas, seleccionar conceitos, hipóteses, técnicas e dados adequados”.

Segundo Hesbeen (2006:134), “(...) a metodologia é o discurso que acompanha o caminho”. Assim, num trabalho de investigação, a metodologia é um dos aspectos fundamentais a ter em conta, uma vez que faculta ao investigador a estratégia que orientará todo o processo de pesquisa. Desta forma, “(...) todo o trabalho de investigação, para além dos objectivos precisos, deve obedecer a critérios de rigor e sistematização. Fortin (2003:17).

A metodologia do presente trabalho é instituída pelo desenho de investigação, do qual faz parte o meio, o tipo de estudo, e as participantes. Nesta fase também se faz referência aos princípios éticos e aos instrumentos de recolha de dados.

Segundo Fortin (2009:214), o desenho de investigação “(...) define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo para que os objectivos sejam atingidos”.

3.1.1. Tipo de estudo

Desenvolvemos um estudo qualitativo, o qual pretende perceber comportamentos da pessoa e significados atribuídos relativamente ao objecto em análise, consoante Couto (2003:92), na medida em que pretendemos sistematizar o conhecimento sobre a humanização na assistência ao parto normal e conhecer o significado que este tem para as parturientes do HBS, reconhecer a importância e os benefícios da assistência humanizada, e caracterizar a importância deste tipo de cuidado às parturientes nas acções das equipas de saúde do Centro Obstétrico/Sala de Parto, conhecer a real situação vivida pelas parturientes durante o trabalho de parto na maternidade do HBS, propor estratégias para as equipas de enfermagem na promoção da assistência humanizada ao parto, visando melhorar a **Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto**.

Como investigadores qualitativos, evitámos as hipóteses estáticas, procurando interagir com as participantes através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante, considerando que os métodos qualitativos são aqueles que não pretendem medir unidades, portanto, não lançam mão de instrumental estatístico. São empregues quando existe um nível de complexidade na relação de variáveis ou uma determinada problemática relaciona-se com variáveis subjectivas.

É nessa lógica que se entendeu porque o autor Deshaies (1992:25) diz que “(...) a metodologia está para a investigação como o sujeito está para o conhecimento”. Nesse espírito, a metodologia não substitui o investigador, mas sim proporciona-lhe o meio para compreender uma investigação. Pode permitir-lhe o aperfeiçoamento dos conhecimentos, mas sobretudo aumenta a sua valorização pessoal.

Após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objectivos preconizados para este estudo, optámos pelo método qualitativo, para a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. O objectivo desta abordagem de investigação, utilizada para o desenvolvimento do conhecimento, é descrever ou interpretar mais do que avaliar. A análise qualitativa através do estudo exploratório permitiu identificar as necessidades das puérperas e apresentar algumas propostas.

Segundo Michel, (2005:32) “ (...) o estudo exploratório não é uma pesquisa no sentido restrito, pois envolve apenas uma busca de conhecimentos para problemas e soluções, cujas fontes são conhecidas; e também, porque dispensa o emprego de processos rigorosos de investigação”.

Adoptámos o método qualitativo porque, segundo o mesmo autor, na pesquisa qualitativa a verdade não se comprova numérica ou estatisticamente, mas obtém-se na forma da experimentação empírica, a partir de análise feita de forma detalhada, abrangente, consistente e coerente, assim como na argumentação lógica das ideias pois, os factos em Ciências Sociais, são significados sociais e a sua interpretação não pode ficar reduzida a quantificações frias e descontextualizadas da realidade. Michel (2005:32)

A abordagem qualitativa, para Deslandes e Assis (2002:195) contribuiria para a compreensão/explicação em profundidade dos valores, práticas, lógicas de acção, crenças, hábitos e atitudes de grupos sobre a saúde, a doença, as terapêuticas e as políticas, programas e demais acções protagonizadas pelos serviços de saúde.

3.1.2. Técnicas de pesquisa

Segundo Queiroz (2007:97), “(...) as técnicas mais comuns de colheita de dados são a observação, a gravação (áudio e/ou vídeo), entrevistas e a análise de documentos. Ainda essa mesma autora diz-nos que o tipo de informação desejado é que irá determinar a escolha do método de colheita mais adequado: comportamentos e conversas são melhores gravados; actividades do dia-a-dia são melhor observadas e histórias são melhor obtidas por meio de entrevistas.

O estudo foi realizado por intermédio de dois recursos que têm como finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e ideias referentes ao tema. O primeiro recurso consistiu na colecta de dados secundários, que foram obtidos através de fontes bibliográficas e documentos como livros, revistas e dados disponíveis na Internet, artigos e trabalhos académicos. O segundo recurso, a colecta de dados primários, traduziu-se em contactos directos e entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas.

Esta ferramenta foi aplicada aos seguintes participantes:

- Seis (6) enfermeiras de sala de parto (5 enfermeiras de turno e 1 enfermeira chefe).
- Dez (10) puérperas.

O critério de escolha dos entrevistados foi:

- Para as enfermeiras, conseguiu-se 100%
- Seleccionámos as puérperas de forma aleatória, em que as pesquisadoras não estiveram presentes no decorrer do trabalho de parto e parto.

As entrevistas foram realizadas pelas próprias pesquisadoras durante os meses de Agosto e Setembro.

As técnicas utilizadas na realização dessa pesquisa foram as seguintes:

3.1.2.1 A entrevista

Essa técnica de colheita de dados é um dos principais instrumentos usados nas pesquisas em ciências sociais, desempenhando um papel importante nos estudos científicos. Segundo Lüdke e André (1986:34) *cit in* Oliveira (s/data), a grande vantagem dessa técnica em relação às outras “(...) é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos”.

De acordo com Moreira (2002:54) *cit in* Oliveira (s/data), a entrevista pode ser definida como “(...) uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente”.

A entrevista, segundo Dencker (2001), consiste numa comunicação verbal entre duas ou mais pessoas, com um grau de estruturação previamente definido, cuja finalidade é a obtenção de informações sobre a pesquisa. Também Moreira (1994:133) diz que “(...) o entrevistador faz certas perguntas principais mas é livre de alterar a sequência ou introduzir novas questões em busca das informações”.

Segundo Quivy *et al* (1995:192), a entrevista é um método de recolha importante para a nossa pesquisa por ser um método que se caracteriza por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores, estabelecendo assim uma verdadeira troca entre os mesmos, exprimindo as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação. Por outro lado, ela é antes de mais, “(...) o primeiro método de recolha de informação no sentido mais rico da expressão, no entanto o espírito teórico do investigador deve permanecer continuamente atento, de modo que as suas intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possíveis”.

Ainda consoante este mesmo autor, a entrevista semi-directiva, ou semi-dirigida, é certamente a mais utilizada em investigação social. É semi-directivo no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas, sendo geralmente que o investigador dispõe de uma série de perguntas – guias -

relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado” (*Ibidem*)

Para este tipo de entrevista, chamada de entrevista semi-estruturada por Couto (2003:99). Foram elaborados dois guiões de entrevistas (anexos nº 2 e 3), o primeiro guião é aplicado às puérperas, e tem 17 perguntas organizadas em duas partes:

- A. Caracterização geral com referências pessoais do entrevistado (questões 1 a 10);
- B. Abordagem dos conhecimentos acerca dos conceitos (questões 11 a 17).

O segundo guião é aplicado aos enfermeiros, e tem 19 perguntas organizadas em 3 partes:

- A. Caracterização geral com referências pessoais do entrevistado (questões 1 a 7);
- B. Abordagem dos conhecimentos acerca dos conceitos (questão 8);
- C. Caracterização do desempenho nas práticas (questões 9 a 19).

O principal objectivo dessas entrevistas foi conhecer a avaliação da mulher sobre o atendimento humanizado recebido durante o trabalho de parto.

3.1.2.2 Observação participante

Segundo Carmo e Ferreira (1998:107), em grande parte das situações o investigador deverá assumir explicitamente o seu papel de estudioso junto da população observada, combinando-o com outros papéis sociais cujo posicionamento lhe permita um bom posto de observação. Como o desempenho desses papéis o faz de algum modo participar da vida da população observada, dá-se a esta técnica o nome de observação participante.

Uma outra opinião sobre essa questão diz-nos que, nessa técnica de pesquisa qualitativa, os investigadores imergem no mundo dos sujeitos observados, tentando entender o comportamento real dos informantes, suas próprias situações e como constroem a realidade em que actuam. Oliveira (s/data).

Segundo Moreira (2002:52) *cit in* Oliveira (s/data), a observação participante é conceituada como sendo “(...) uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação activa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental”.

Uma justificativa dada para que essa técnica seja válida enquanto instrumento científico de investigação, é o facto de ela ser controlada e sistemática, implicando “(...) a

existência de um planeamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador”. Lüdke e André (1986:25) *cit in* Oliveira (s/data). Nesse estágio de preparo, o pesquisador deverá delimitar o ‘quê’ e o ‘como’ observar, definir o objecto e o foco da investigação, cabendo também a escolha do grau de envolvimento com a pesquisa.

Há uma tipologia sobre o papel que o pesquisador assume na hora da colecta dos seus dados. Essa tipologia é levantada por Gold *cit in* Oliveira (s/data), entendendo que o investigador, dependendo do seu envolvimento com a pesquisa, pode tornar-se:

- a) Participante completo;
- b) Participante como observador;
- c) Observador como participante; e
- d) Observador total ou completo.

Neste aspecto da pesquisa também recorremos à tipologia ‘participante como observador’ porque é a que mais se adequa ao nosso estudo.

O autor Oliveira afirma que no papel de participante como observador, o pesquisador teve o prévio consentimento por parte da comunidade a ser observada. Os sujeitos, neste caso, sabem do carácter científico do estudo, podendo haver acordos, algumas obrigações e promessas discutidas antes do início da pesquisa.

Segundo Moreira (2002:53) *cit in* Oliveira (s/data), “(...) um bom acordo pode significar o sucesso ou fracasso da pesquisa. Se esta ficar sujeita a restrições de tempo, acesso ou amostra imposta pelos sujeitos no início dos trabalhos, isto pode seriamente atrapalhar o estudo ou qualidade dos dados colectados”.

De acordo com Junker *cit in* Oliveira (s/data), o pesquisador, apesar de falar sobre os objectivos da pesquisa, não revela seu total interesse mas somente parte do que pretende. Esse posicionamento é tomado para que não haja alterações nos sujeitos estudados.

3. 2. Princípios éticos

Esse é um ponto que não poderíamos deixar sem ser citado no nosso trabalho, pois é importante para nós assim como definir humanização. Segundo Meireles (2007:25) “(...) a preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos.

Ao conceituar ética, enquanto disciplina, Fortes (1998) *cit in* Amarílis Schiavon Paschoal *et al* (s/ data) refere-se à reflexão crítica sobre o comportamento humano,

reflexão que interpreta, discute e problematiza, investiga os valores, princípios e o comportamento moral, a procura do ‘bom’, da ‘boa vida’, do ‘bem-estar na vida em sociedade’. A tarefa da ética é a procura de estabelecimento das razões que justificam o que ‘deve ser feito’, e não o ‘que pode ser feito’. É a procura das razões de fazer ou deixar de fazer algo, de aprovar ou desaprovar algo, do que é bom e do que é mau, do justo e do injusto. A ética pode ser considerada como uma questão de indagações e não de normalização do que é certo e do que é errado.

A ética faz parte da enfermagem, pois o enfermeiro deve fazer uma reflexão, com característica de fazer ‘parar para pensar’, objectivando fazer raciocinar adequadamente bem para conduzir a sua profissão com competência, comprometimento, responsabilidade, respeito, orgulho e dignidade.

A ética, no seu sentido etimológico, é uma palavra que vem do grego ‘*ethos*’ que, segundo Trigo (1999:225) *cit in* Ferreira e Dias (2005:16), tem duas formas. Assim, o primeiro vocábulo, ‘*êthos*’, refere-se ao modo de ser, ao carácter, à realidade interior de onde provem os actos humanos. O segundo vocábulo, ‘*éthos*’, indica os costumes, os hábitos ou o agir habitual; actos concretos que indicam e realizam o modo de ser implantado na pessoa.

Segundo Trigo (1999:267) *cit in* Ferreira e Dias (2005:18), a ética é o estudo filosófico, explicativo dos factos morais, os quais são apreciações éticas, preceitos, normas, atitudes, manifestações de consciência. Os objectivos da ética são os actos humanos, não apenas na sua descrição, mas na explicação da sua valorização e comportamento.

Segundo Meireles (2007:26) os três principais princípios éticos a salvaguardar, são: o princípio de beneficência, o respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça.

- a) Princípio de beneficência: Este princípio defende a integridade ou isenção de dano físico, psicológico, económico, social entre outros. O pesquisador, tal como refere Polit, Becker e Hungler (2004) *cit in* Meireles (2007:26), deverá estar atento e preparado para, a qualquer momento, interromper a pesquisa, havendo suspeita de que a sua manutenção poderá resultar em dano para os participantes.
- b) Princípio do respeito pela dignidade humana: Este princípio inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa, Meireles (2007:29). Segundo Polit, Becker e Hungler (2004) *cit in* Meireles (2007:29), o direito à autodeterminação define que os possíveis participantes têm o direito de decidir

de forma voluntária se querem ou não participar no estudo ou de a qualquer momento da pesquisa serem excluídos da mesma ou mesmo recusar-se a dar informação. Os participantes têm o direito de solicitar esclarecimentos sobre os objectivos da pesquisa ou fazer qualquer pergunta específica. O consentimento informado decorre deste princípio, (anexo nº 4).

- c) Princípio da justiça: Esse princípio decorre do direito ao tratamento justo e o direito a privacidade. Segundo Polit, Becker e Hungler (2004) *cit in* Meireles (2007:30), o direito ao tratamento justo implica a selecção justa e não discriminatória dos participantes; o tratamento não preconceituoso das pessoas que declinam a participação; honrar todos os acordos entre os pesquisadores e os participantes; acesso do participante ao pessoal da pesquisa em qualquer momento do estudo para esclarecer dúvidas; sensibilidade e respeito pelas crenças, hábitos e estilos de vida das pessoas e diferentes culturas.

O Código Deontológico do Enfermeiro de Portugal (2003:52-53), salienta que o princípio de beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. Muitas vezes, este princípio surgiu perspectivado na forma de não fazer mal, sobretudo, de não causar dano e, assim, designa-se como princípio da não maleficência.

Ainda nesse mesmo documento encontramos que o respeito pela autonomia, diz respeito à liberdade de acção com que cada pessoa escolhe, significando o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si – livre e autónoma, capaz de auto-governar-se, de decidir por si mesma.

Também segundo a este mesmo código deontológico, o princípio da justiça, é de relevar que situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças. Conforme o seu artigo 78º n.º 1, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”.

Em Cabo Verde já está disponível em todos os serviços de Saúde a Carta dos direitos e deveres dos doentes, que foi aprovada na reunião do Conselho Nacional de Saúde, a 20 de Dezembro de 2011. (anexo nº 5).

Na realização das entrevistas foi respeitado o anonimato das puérperas e das enfermeiras. Foi ainda solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Informado e a autorização verbal para utilizar as informações recolhidas para este estudo.

3. 3. Meio

Tendo em conta a natureza deste estudo, considerou-se importante identificar e descrever o meio em que se desenvolveu o estudo, “(...) apreendo o meio como plano onde são desenvolvidos os estudos, consoante Fortin (2003: 132). Assim, o critério utilizado para a escolha do meio prende-se com o facto de ser o local onde as autoras realizaram o estágio profissional, o Hospital Baptista de Sousa, pelo facto de possibilitar melhor acesso no tocante à recolha de dados das puérperas que deram à luz, mais concretamente na maternidade da referida instituição.

3. 3.1. Maternidade e Sala de Parto do HBS

É a única maternidade da ilha de São Vicente, e fica localizada no 2º andar do HBS. Atende todas as parturientes da ilha de S. Vicente e ainda recebe evacuações com eventuais complicações de outras ilhas. Possui o programa ‘Hospital Amigo da Criança’, que foi implementado em 1996, por ser um hospital que possui todos os requisitos disponíveis para se tornar o Hospital Amigo da Criança. Esse programa promove o aleitamento materno e o alojamento comum. Até ao final de Outubro do corrente ano, registou-se um total de 1241 nascimentos, sendo 1229 simples e 12 múltiplos, 252 cesarianas, 2 fórceps e 987 eutócicos, segundo o livro de partos do HBS.

A maternidade conta com quatro equipas de enfermagem, com quatro enfermeiras por turno (uma responsável pela sala de pré-parto e parto, outra para a neonatologia e duas para a enfermaria), a enfermeira-chefe que trabalha de segunda a sexta-feira no turno das 8 às 15 horas, uma equipa de 8 ginecologistas/obstetras no turno das 8 às 15 horas, e 1 em regime de urgência 24 horas/dia, dois auxiliares de limpeza por turno, e um pediatra no turno das 8 às 15 horas. Depois desse horário os pediatras são chamados se necessário.

A sala de parto do HBS é constituída por dois quartos de pré-parto com três camas cada, sendo uma sem casa de banho. Dois quartos para o parto, que são usados no período expulsivo, cada um com um quarto de banho, uma marquesa para cada quarto, uma mesa para receber o RN em cada quarto, um único berçário (para aquecer, pesar, medir e prestar cuidados de imediato ao RN), dois balões de oxigénio um em cada sala, um armário com materiais para utilizar durante o parto, uma sala de urgência com uma cama, uma mesa

ginecológica e uma casa de banho, um pequeno espaço no corredor com uma cama utilizada para ecografia, outro para cardiotocografia fetal (CTG), um espaço para a enfermagem (com uma mesa secretária, uma cadeira e um sofá individual e a sua casa de banho), uma arrecadação para guardar cestos de roupa sujas e lixo (sem nenhum tratamento adequado), uma arrecadação para o stock, outra arrecadação com prateleiras para lençóis e batas limpas, e uma mesa para colocar os objectos das parturientes, um corredor com uma cama (para espera) e uma estufa.

3. 4. Selecção das participantes

Devido à abrangência do tema optou-se por seleccionar um grupo de dez (10) puérperas que deram à luz no serviço da maternidade do HBS -Hospital Baptista de Sousa no período de Agosto a Setembro de 2013 com objectivo de recolher as informações necessárias para a problemática em estudo. E ainda cinco enfermeiras de turno, e uma enfermeira chefe, que trabalharam nesse mesmo serviço, no mesmo período desse mesmo ano.

Das dez (10) puérperas entrevistadas, com idade compreendida entre os vinte (20) a quarenta (40) anos de idade, grau de escolaridade entre ensino primário (4ª classe) ao ensino superior (licenciatura), sete (7) participantes já tiveram experiência de partos anteriores e três (3) vivenciaram esta experiência pela primeira vez.

Quanto aos profissionais de saúde poderíamos ter começado pelos porteiros e pelos recepcionistas, visto que esses são os primeiros que estabelece um vínculo entre a instituição e o utente, mas focalizando na classe de enfermagem, optámos por entrevistar seis (6) enfermeiras da sala parto.

Capítulo IV – Análise dos resultados

Qualquer trabalho de investigação implica a recolha de dados que permitam organizar respostas às questões levantadas, permitindo assim aprofundar os conhecimentos. Fortin (1996:42) diz que “(...) a análise de dados permite produzir resultados que possam ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo.

Polit e Hungler (1995:385) dizem que “(...) a finalidade da análise dos dados, para além do modelo de dado ou do hábito de pesquisa subjacente, organiza, fornece, estrutura e extrai significado dos dados de pesquisa. Nessa mesma óptica, Quivy (1995:183) refere que os resultados das análises constituem a execução do instrumento de observação, e ainda consistem em recolher ou reunir concretamente determinadas informações junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra.

Os dados foram organizados em tabelas e gráficos devidamente identificados, e a análise feita através do *software Excel* e do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 17.0.

4.1. Apresentação dos resultados

O universo do estudo consistiu em um grupo de 10 puérperas que deram à luz na maternidade do HBS, no período de Agosto a Setembro de 2013, bem como as 5 enfermeiras de turno e a enfermeira chefe que constituem os recursos humanos da sala de parto do HBS.

4.1.1. Caracterização dos participantes (utentes)

Relativamente ao género, 100% dos entrevistados são do sexo feminino porque, de acordo com a lógica do nosso tema, são as mulheres que constituem as participantes do nosso estudo.

- 1- A idade das participantes variou entre os 22 a 37 anos de idade, com maior percentagem para a faixa etária dos 26 a 30 anos.

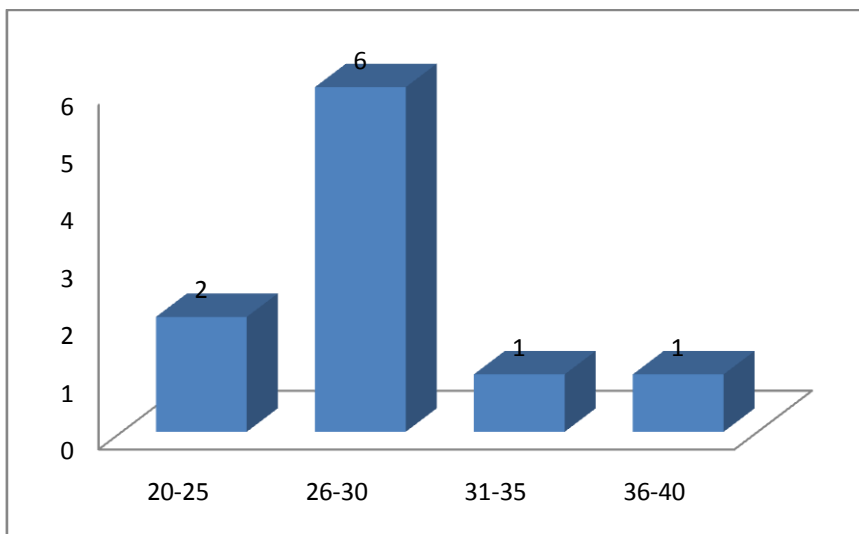


Gráfico 1-Idade das participantes

Fonte: Elaboração própria

2- No que diz respeito à nomenclatura obstétrica (gestação, paridade e aborto), 40% do nosso estudo corresponde à segunda gestação, que é o caso do maior número das participantes em estudo, gesta um com 30%, gesta três com 10 %, gesta cinco com 20 %, não tendo sido encontrado nenhuma parturiente que fosse gesta quatro.

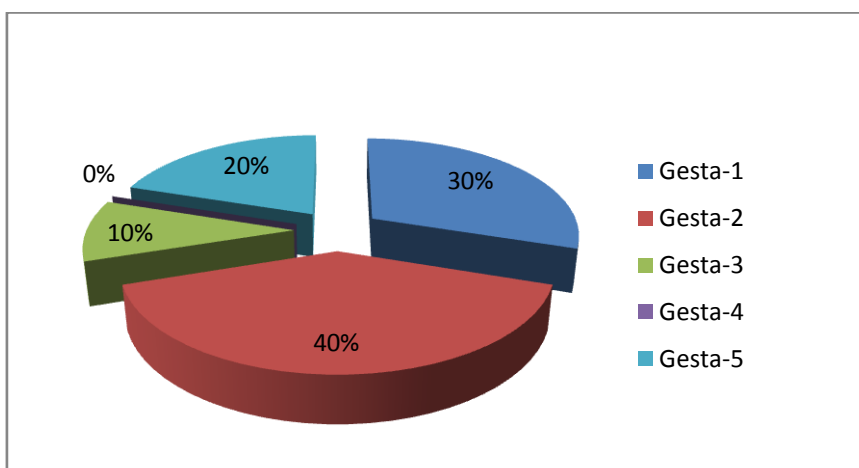


Gráfico 2-- Nomenclatura obstétrica (Gesta)

Fonte: Elaboração própria

Com referência a essa questão, 50% vivia pela primeira vez a experiência de paridade, 40% já tinha dado à luz uma vez, e 10% já tinha quatro partos anteriores.

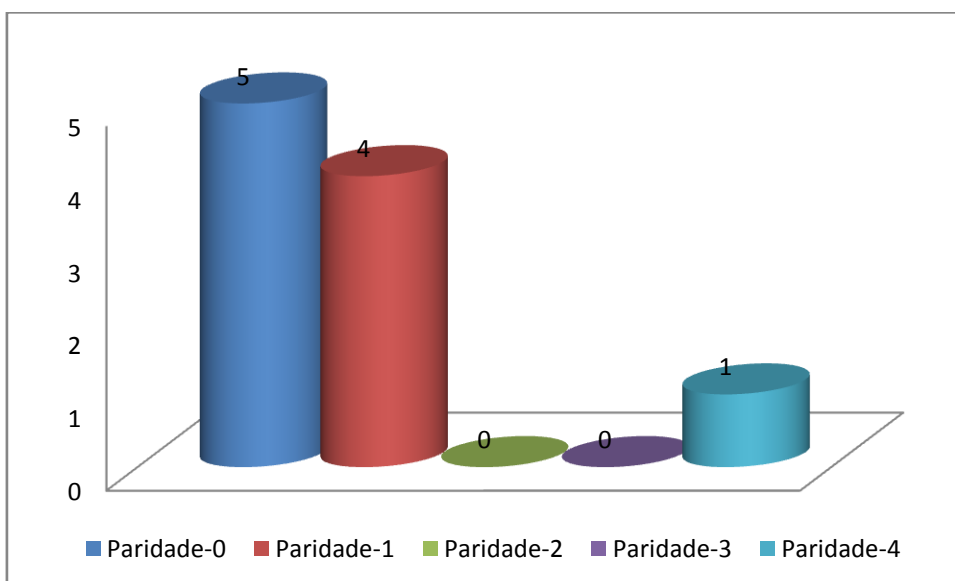


Gráfico 3- Nomenclatura obstétrica (Paridade)

Fonte: Elaboração própria

60% nunca fez um aborto, 30% já tinha feito um aborto e 10% tinha história de três abortos. Podemos também constatar que quanto menor o grau de escolaridade maior é o numero de gestações.

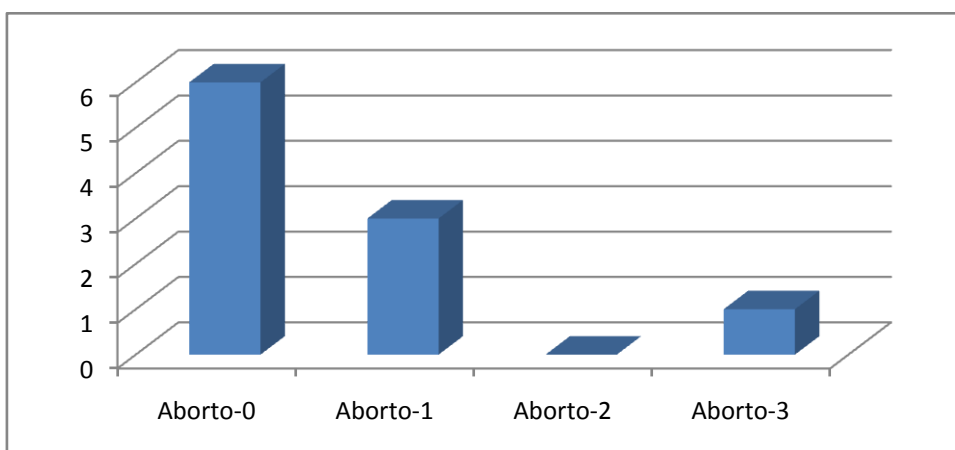


Gráfico 4- Nomenclatura obstétrica (Aborto)

Fonte: Elaboração própria

3- No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que 80% das entrevistadas são solteiras, 10% são casadas e 10% vivem em união de facto.

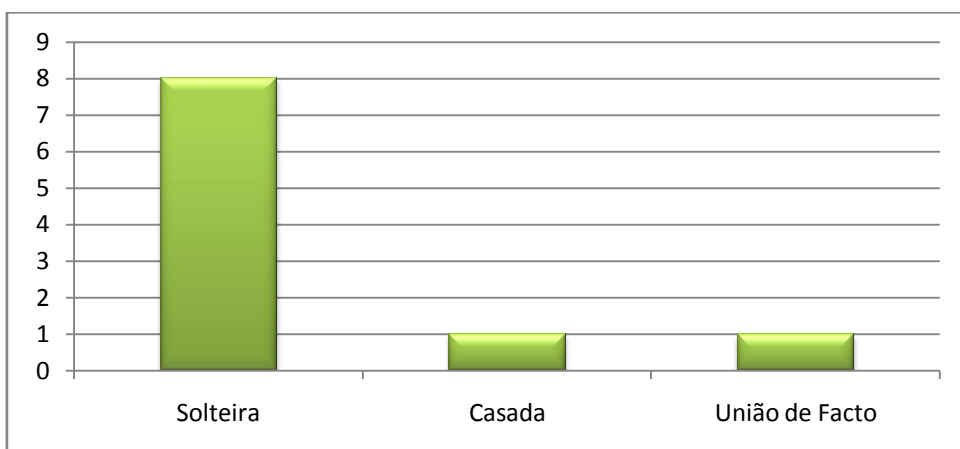


Gráfico 5- Estado civil

Fonte: Elaboração própria

4- Em relação à escolaridade, temos uma amostra de 6 participantes com o ensino secundário para 2 com o ensino superior e primário respectivamente. A literatura diz que as habilitações académicas são muito importantes, exercendo um impacto significativo. O senso comum, em Cabo Verde, reza que o número de filhos por família é inversamente proporcional ao nível de escolaridade. Evidentemente, o maior ou menor nível de habilitações académicas reflecte, em geral, ambientes sociais e culturais distintos, com diferentes níveis de acesso a oportunidades em geral.

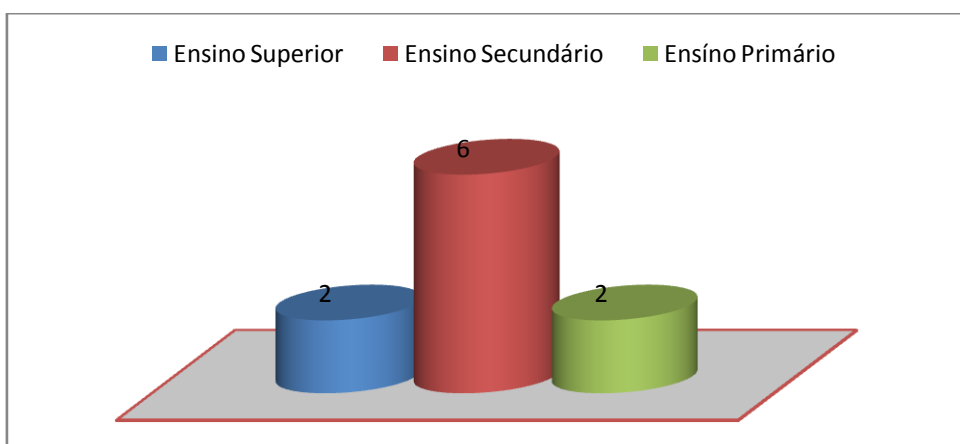


Gráfico 6- Habilidade académica

Fonte: Elaboração própria

5- Quanto à profissão, constatámos que 40% das nossas participantes são domésticas, factor que pode interferir a nível socioeconómico na educação dos filhos.

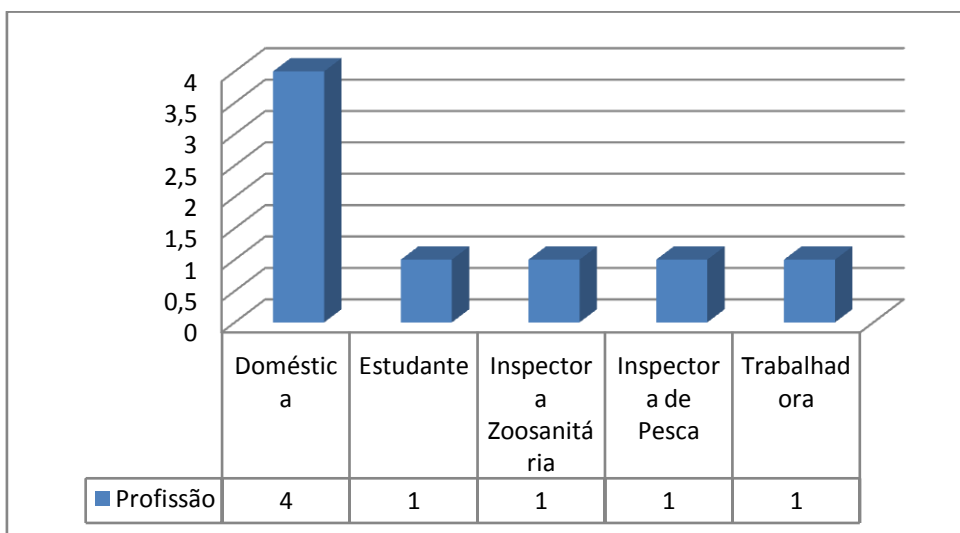


Gráfico 7-Profissão

Fonte: Elaboração própria

6- 100% das participantes do estudo realizaram o pré-natal, embora somente 30% fizeram as 8 consultas, sendo este o número máximo estipulado no caderno de saúde da mulher de Cabo Verde.

Gráfico 8-

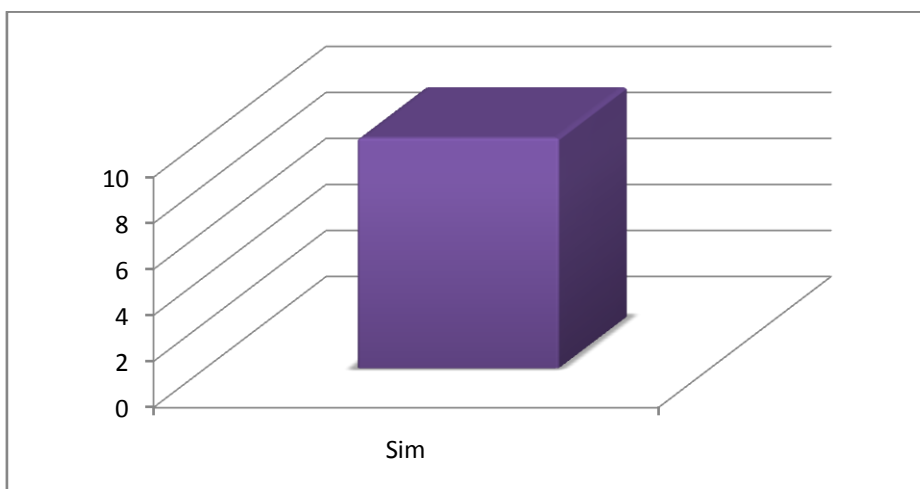


Gráfico 8-Realizou pré-natal

Fonte: Elaboração própria

7- A OMS defende que o número de consultas pré-natal deve oscilar entre 2 a 8 consultas, pelo que se recomenda 1ª às 12 semanas de gestação, devendo a 2ª consulta realizar-se entre a 25ª e a 27ª semanas, a 3ª consulta da 31ª à 33ª semana, e a 4ª consulta entre as semanas 36 e 38. Das 10 participantes do estudo, deparámos que 3 fizeram 7 consultas, outras 3 fizeram 8 consultas, e que nenhuma fez apenas 2 consultas.

Tabela 1- Número de consultas

Número de consultas	Nº participantes	%
2	0	0
3	1	10
4	2	20
5	0	0
6	1	10
7	3	30
8	3	30
Total	10	100%

Fonte: Elaboração própria

8- Hora de entrada na sala de parto.

9- Hora de expulsão do bebé.

10- Duração de trabalho de parto, esta questão é o resultado da diferença entre a questão número 8 e 9. Verificou-se que em 40% das participantes, o trabalho de parto durou de 1 a 5 horas, em 30% o trabalho de parto durou 16 a 20 horas, e que a duração máxima de trabalho de parto foi de 28 horas e 10 minutos, referente a uma das participantes do estudo.

Tabela 2- Duração de trabalho de parto

Duração de trabalho de parto (horas)	Nº participantes	%
1 - 5	4	40
6 - 10	1	10
11 - 15	0	0
16 - 20	3	30
21 - 25	1	10
26 - 30	1	10
Total	10	100%

Fonte: Elaboração própria

4.1.2. Conceitos

11- Para a questão, o que é para você sentir-se bem cuidada? A maioria das participantes definiram esse conceito como sendo *“receber uma boa atenção, dedicação e o acompanhamento por parte dos enfermeiros, médicos e serventes na hora exacta”*.

12- *“Assistência humanizada é o atendimento que garante os direitos da mulher e da família de serem acolhidos e tratados com educação, de serem respeitados como cidadãos, de serem informados sobre o diagnóstico e o tratamento, tendo o direito de questionar e de aceitar ou não as decisões da equipe de saúde”*. Quanto á pergunta que considera que recebeu cuidados no quadro da definição acima de assistência humanizada, 90% respondeu que sim e somente 10% diz não ter recebido assistência humanizada durante o trabalho de parto.

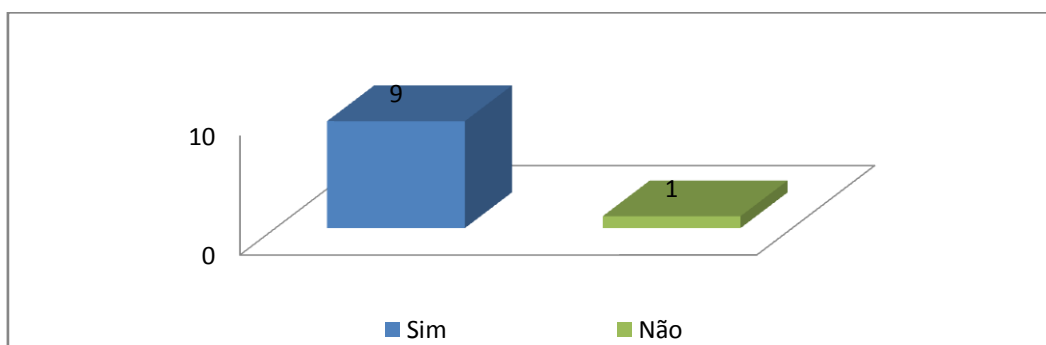


Gráfico 9-Recebeu assistência humanizada durante o trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

13- Para a questão, que significado tem, para si, receber assistência humanizada em enfermagem durante o trabalho de parto, as ideias das participantes foram praticamente as mesmas, dizendo que receber assistência humanizada em enfermagem durante o trabalho de parto é *“minimizar a dor, ter toda a atenção e respeito dos enfermeiros, ser tratada como ser humano, não ser abandonada”*.

14- 70% das participantes desejava que o seu companheiro estivesse presente durante o trabalho de parto, mas os outros 30% não concorda com a participação do acompanhante nesse momento.

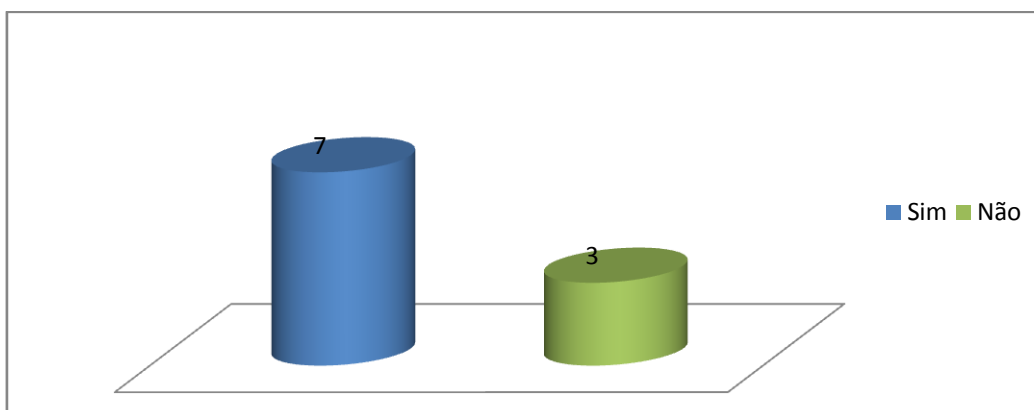


Gráfico 10-Desejava que o seu companheiro estivesse presente durante o trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

15- Quando se perguntou se isso era importante das 10 participantes 7 responderam que sim, e 3 responderam que não.

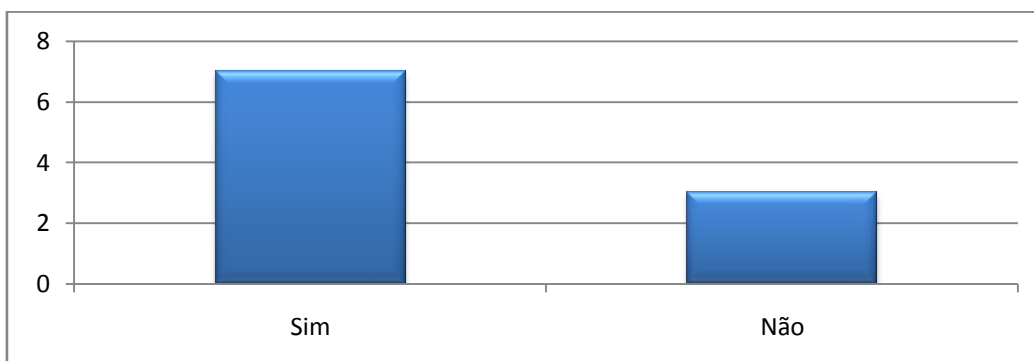


Gráfico 11- Importância de ter um acompanhante

Fonte: Elaboração própria

16- Ao perguntar às participantes a sua opinião sobre se teria benefícios para a mulher a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, 80% responderam sim e 20% responderam não.

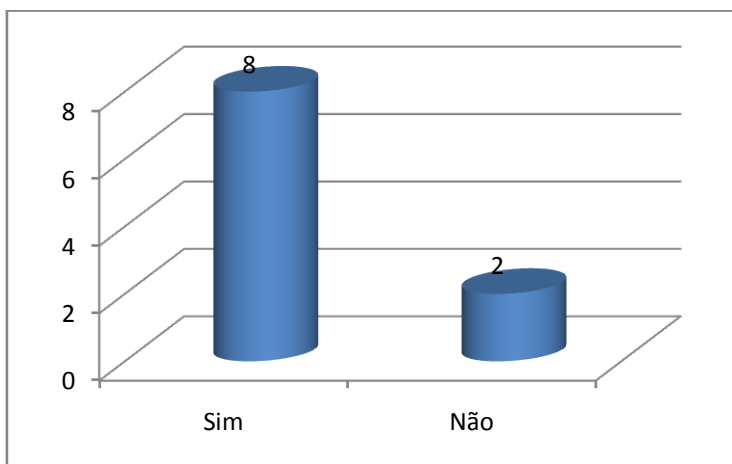


Gráfico 12-Opinião sobre benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

17- Quanto à pergunta se teria benefícios que se durante o trabalho de parto tivesse um ambiente agradável com bolas de parto, música, filmes, cadeiras confortáveis, banheiras e chuveiros com água normal, massagens corporais, orientação sobre técnicas de respiração, 80% responderam sim e 20% responderam não.

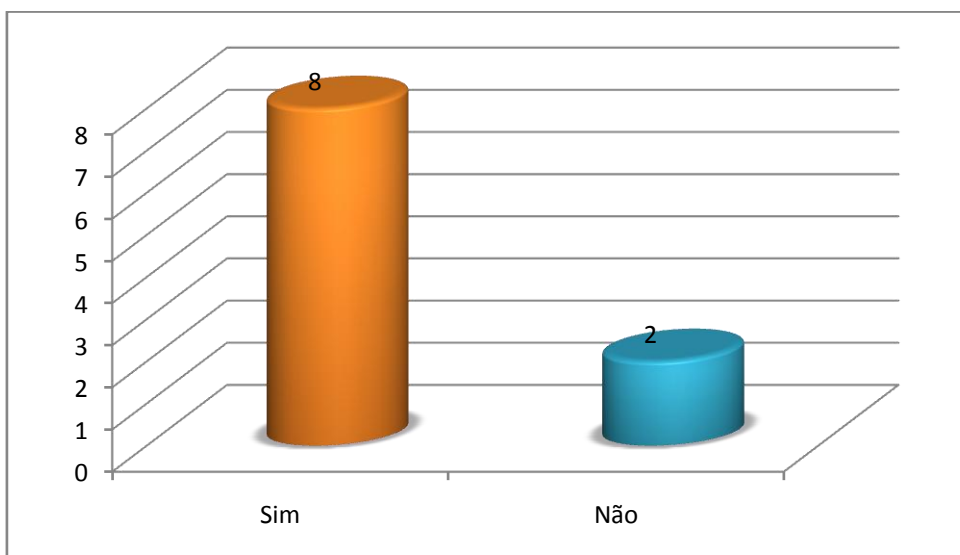


Gráfico 13- Benefícios da utilização técnicas de respiração durante o trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

4.1.3. Caracterização dos participantes (enfermeiros)

- 1- No tocante ao género, 100% das participantes são enfermeiras. A mulher era vista como ‘naturalmente enfermeira’, como se pode depreender pelas próprias palavras: “Todas as mulheres (...) tem, em algum período da sua vida, a responsabilidade pessoal pela saúde de alguém (...) por outras palavras toda mulher é uma enfermeira”. Nightingale (2005:17).

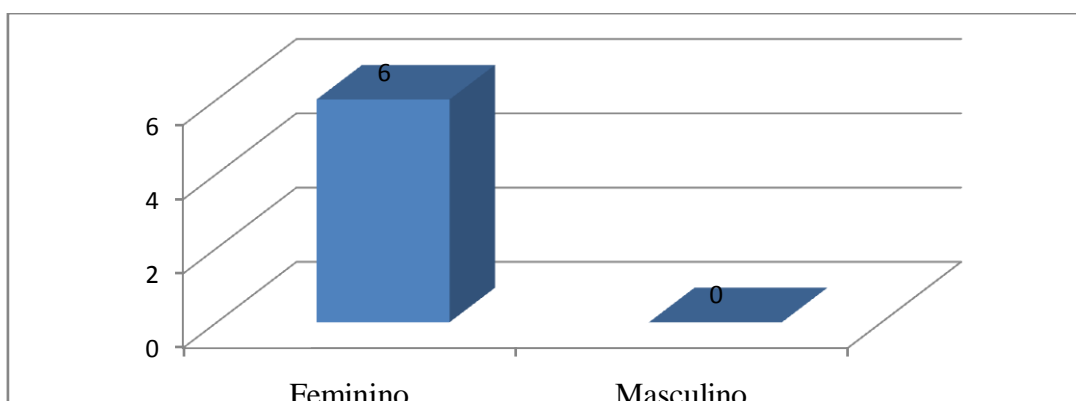


Gráfico 14- Género

Fonte: Elaboração própria

- 2- A idade das participantes variou dos 30 a 60 anos, atingindo o pico na faixa etária de 41 a 50 anos correspondendo a 50% das nossas participantes.

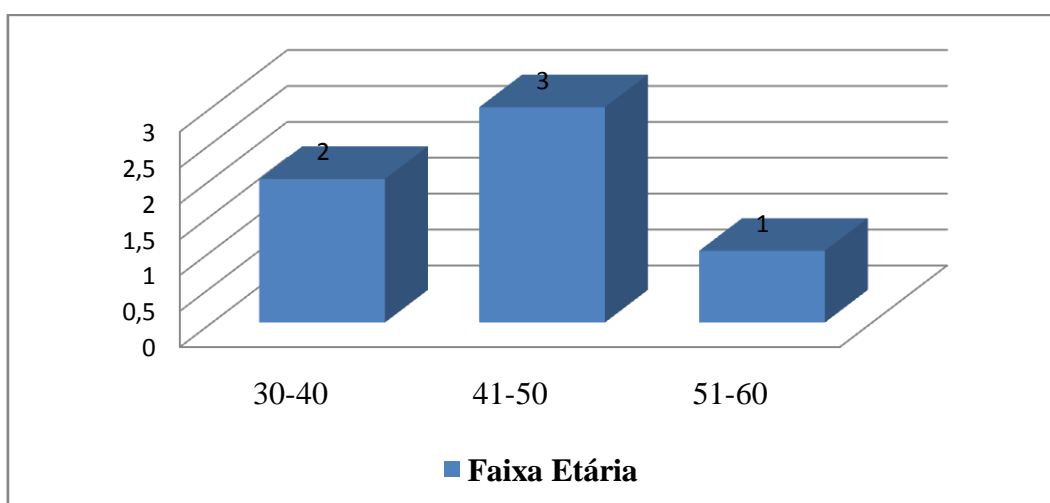


Gráfico 15- Idade das participantes

Fonte: Elaboração própria

3- Em relação à escolaridade, nota-se que quatro já concluíram o complemento de Licenciatura em Enfermagem, e duas estão a frequentar o curso na Universidade do Mindelo.

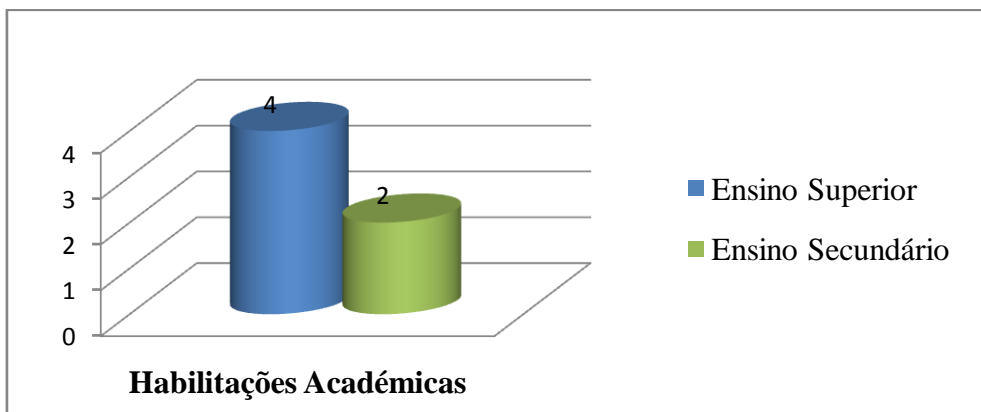


Gráfico 16- Habilitações académicas

Fonte: Elaboração própria

4- Quanto à categoria profissional, quatro são enfermeiras geral, uma é enfermeira graduada e uma é enfermeira assistente.

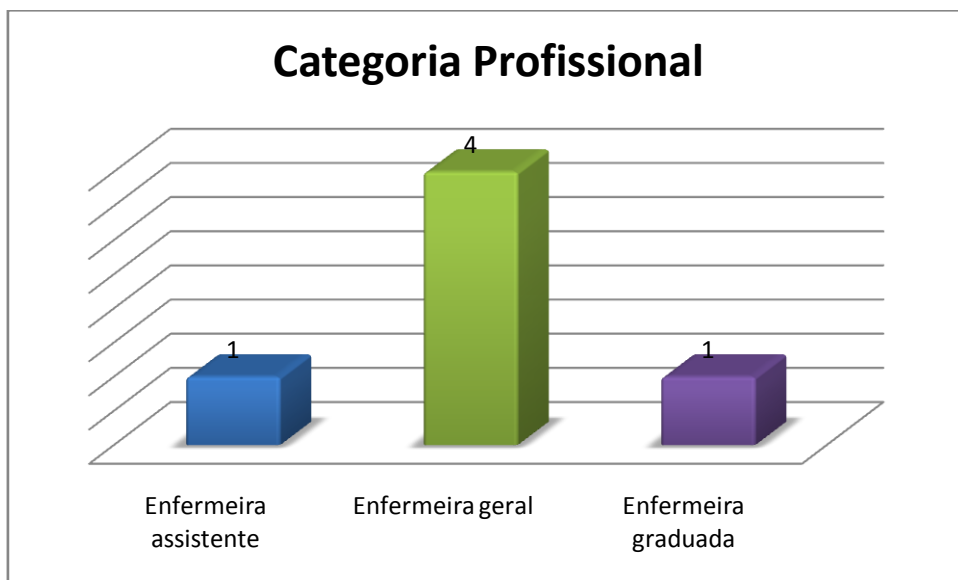


Gráfico 17- Categoria profissional

Fonte: Elaboração própria

- 5- No que concerne ao cargo actual, quatro são enfermeiras da sala de parto, uma é a enfermeira-chefe e uma é enfermeira obstetra.

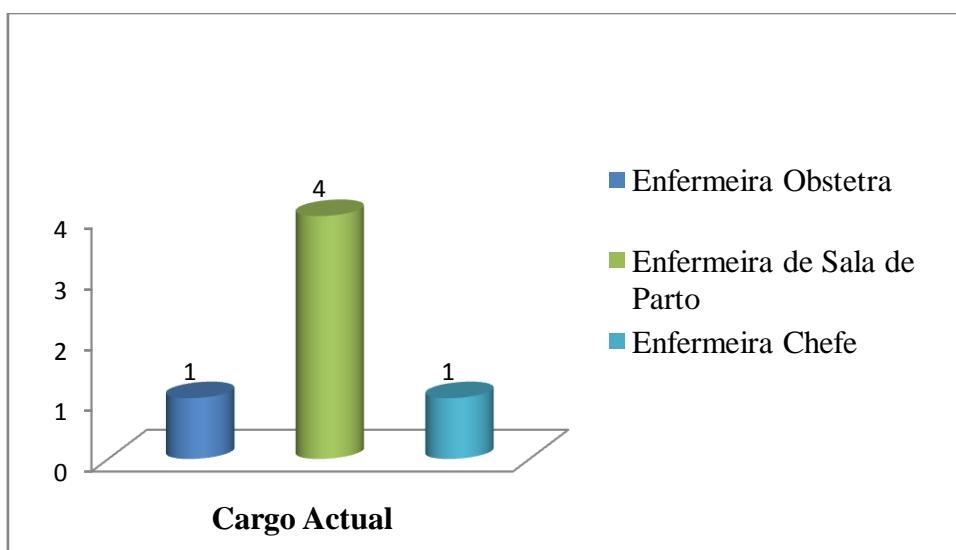


Gráfico 18- Cargo actual

Fonte: Elaboração própria

- 6- Quanto ao tempo de trabalho, três têm entre 21 a 30 anos de trabalho, duas têm entre 10 a 20 anos de trabalho, e uma tem 31 a 40 anos de experiência.

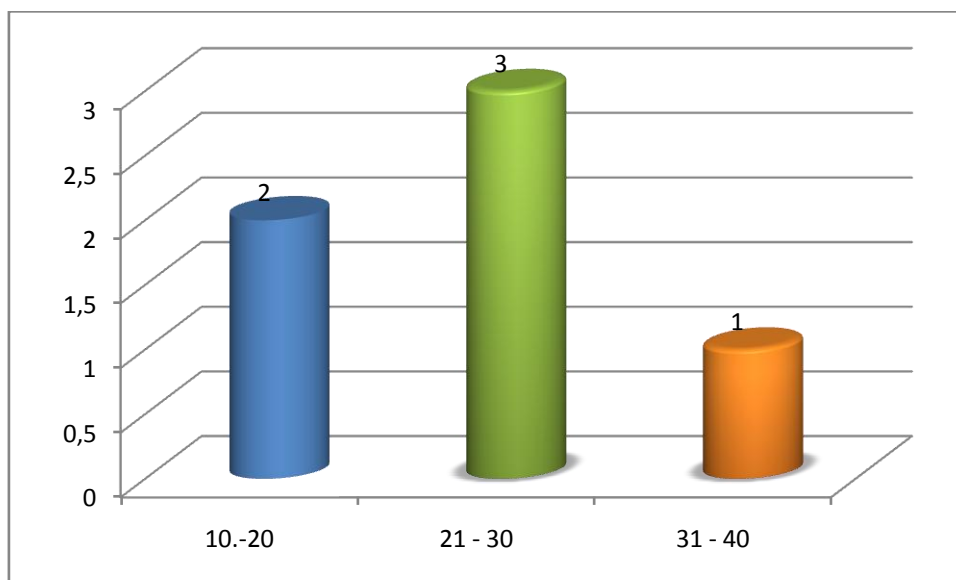


Gráfico 19- Tempo de trabalho

Fonte: Elaboração própria

7- Quanto ao tempo de actividade na sala de parto, apurámos os seguintes resultados: quatro enfermeiras tem de 01 a 10 anos de serviço, uma tem de 11 a 20 anos e outra tem de 21 a 30 anos a exercer sua profissão na sala de parto.

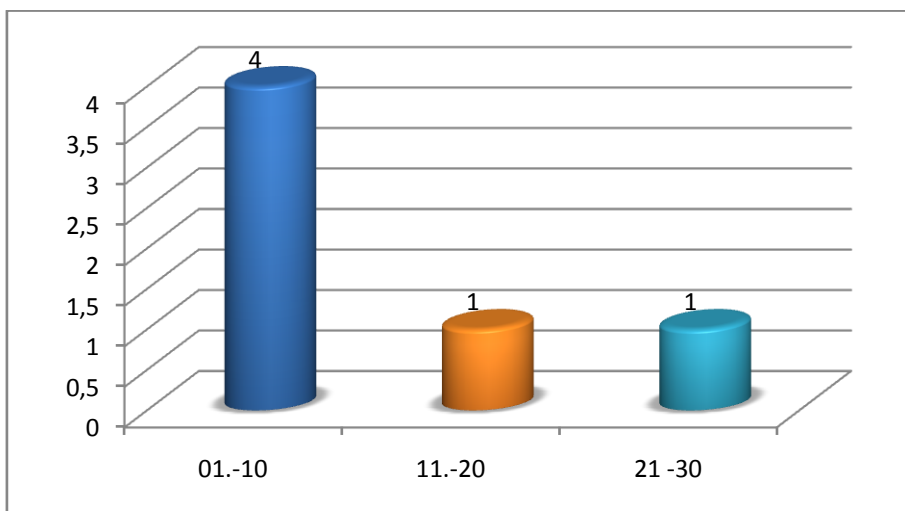


Gráfico 20- Tempo de actividade na sala de parto

Fonte: Elaboração própria

8- Quando perguntamos às enfermeiras, “O que é para si dar assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto?”

A enfermeira X respondeu, “*Para mim, é valorizar a qualidade de cuidado no ponto de vista técnico, e ver a paciente como um ser biopsicosocial e com necessidades e expectativas diferente*”.

A enfermeira Y respondeu, “*É atender todas as necessidades fundamentais da parturiente desde admissão até ao puerpério imediato*”.

A enfermeira W respondeu, “*Envolve um conjunto de conhecimentos, de práticas e atitudes que visam não só a promoção do parto mas também um nascimento saudável e a prevenção da morbilidade materno e perinatal*”.

A enfermeira B respondeu, “*É dar todo o apoio necessário á mulher desde o inicio até ao fim do trabalho de parto, para ter um parto feliz e sem complicações*”.

A enfermeira K respondeu, “*é prestar todos os cuidados obstétricos necessário á parturiente segundo um plano traçado pelo enfermeiro e segundo a evolução da parturiente baseado nas evidências científica*”.

9- No que diz respeito a fazer um trabalho de enfermagem humanizado durante o trabalho de parto, chegámos aos seguintes resultados:

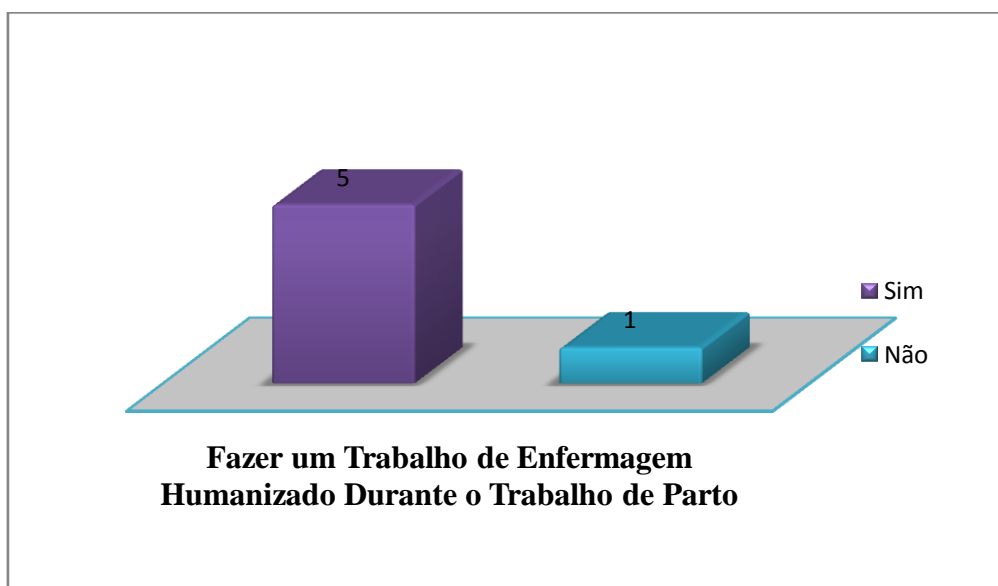


Gráfico 21- Fazer um trabalho de enfermagem humanizado durante o trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

10- A pergunta 10, “Desenvolve actividades devidamente planeadas de assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto?” Mereceu o seguinte resultado:

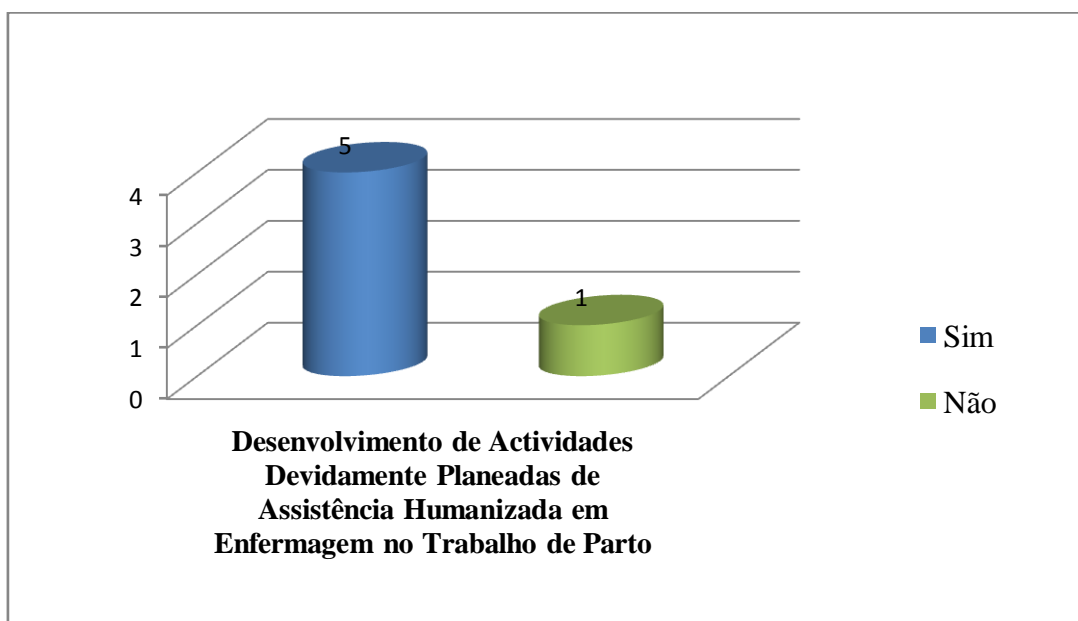


Gráfico 22-- Desenvolve actividades devidamente planeadas de assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

11- Ao longo das diversas fases do desenvolvimento das actividades de assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto que dificuldade sente?

A enfermeira X respondeu, *“O espaço físico no nosso serviço não permite; comportamento descontrolado das pacientes; às vezes, a quantidade de trabalho não permite”*.

A enfermeira Y respondeu, *“O tempo disponível para dar assistência humanizada à mulher é pouco por falta de pessoal”*.

A enfermeira W respondeu, *“Acompanhamento pré-natal deficiente; falta da preparação das gestantes para o parto, recursos para realização de mais exames pré-natal que podem trazer benefícios para a mãe e bebé”*.

A enfermeira ß respondeu, *“Não tenho detectado nenhuma dificuldade até agora”*.

A enfermeira K respondeu, *“a não colaboração da parturiente, apesar de tentar manter calma e dirigindo algumas palavrinhas de conforto para um bom sucesso do produto final mãe e filho saudável”*.

12- Como as consegue ultrapassar?

A enfermeira Y respondeu *“Fazendo plano de cuidados logo no início do turno”*.

A enfermeira W respondeu, *“A garantia de que a equipe de saúde realiza procedimentos comprova, entre benefícios para a mulher e para o recém-nascido, que se evite internamentos desnecessários”*.

A enfermeira ß respondeu *“Improvisar”*.

A enfermeira K respondeu *“seguindo o raciocínio em cima aparentando calma e dirigindo algumas palavrinhas de conforto para um bom sucesso (mãe e filho)”*.

13- Baseada (o) na sua experiencia profissional, indique os principais progressos ou benefícios que a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto teria para a saúde da mulher?

A enfermeira X respondeu, *“A mulher sentir-se-ia mais confiante, com menos medo e insegurança e comportar-se-ia de modo diferente”*.

A enfermeira Y respondeu, *“Diminui a ansiedade da mulher; parto saudável e sem complicações”*.

A enfermeira W respondeu, “A assistência humanizada engloba uma série de diferentes aspectos referentes a ideias, valores, a práticas envolvendo as relações entre os profissionais de saúde, os utentes, os familiares e os acompanhantes, incluindo os procedimentos de rotina do serviço e distribuição de responsabilidades à equipa”.

A enfermeira ß respondeu, “Fica mais tranquila, facilita na observação, colabora no final do trabalho de parto”.

A enfermeira Z respondeu, “Prevenir mortalidade e morbilidade materna e fetal”.

A enfermeira K respondeu, “Teria menos sofrimento para a mãe e para o filho, diminuía os dias de internamento, diminuía as infeções puerperais, as hemorragias, etc”.

14- Na sua opinião, teria benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto

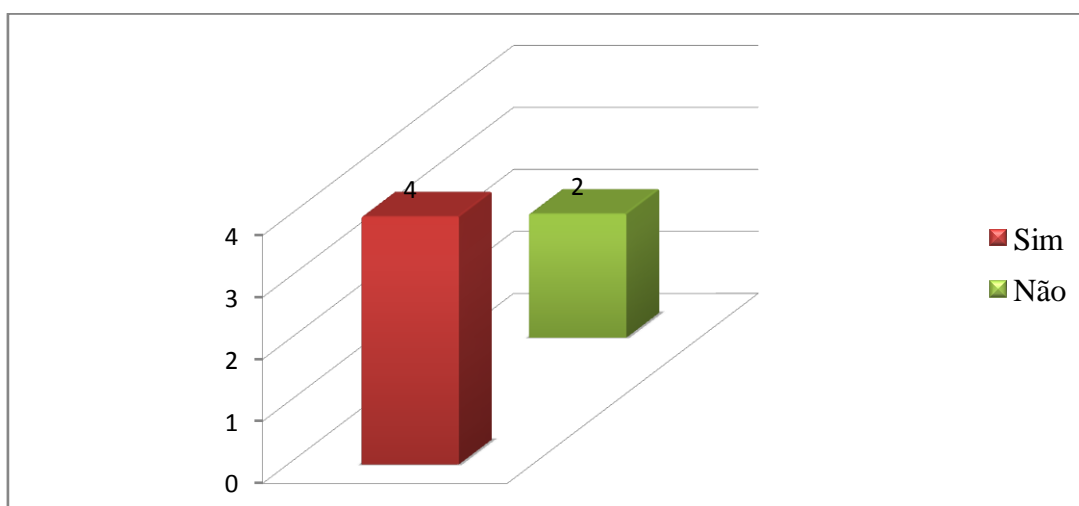


Gráfico 23- Teria benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

15- É fácil aplicar a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto, no Hospital Baptista de Sousa?

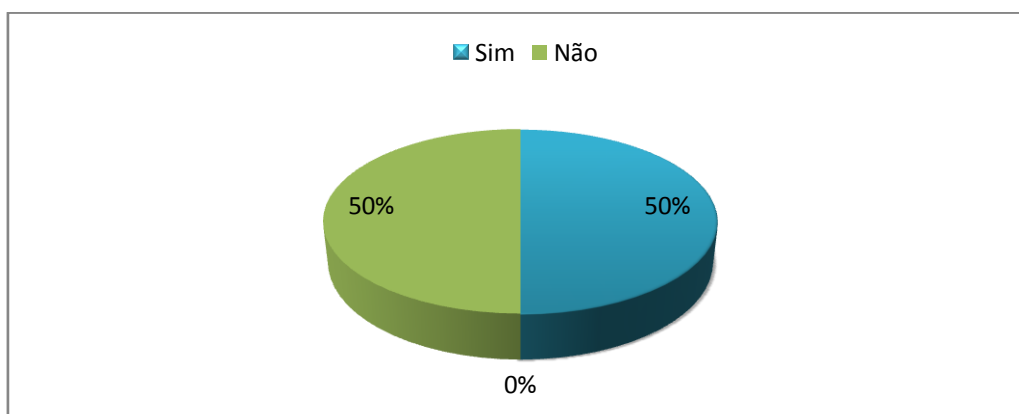


Gráfico 24- Aplicar a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto, no Hospital Baptista de Sousa

Fonte: Elaboração própria

16- Para as enfermeiras que responderam que não é fácil aplicar a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto, no Hospital Baptista de Sousa, foi perguntado o que dificulta essa implementação?

A enfermeira X respondeu, *“Há falta de um programa de preparação para o parto durante a gravidez; presença de um psicólogo na sala de partos; principalmente condição física na nossa estrutura não tem espaço para acompanhantes”*.

A enfermeira Y respondeu, *“A estrutura arquitectónica do serviço; resistência a mudança do pessoal dirigente”*.

17- No que diz respeito aos benefícios que teria a família que visse o recém-nascido logo após o parto, 100% dos participantes são da opinião que vale a pena aplicar essa prática.

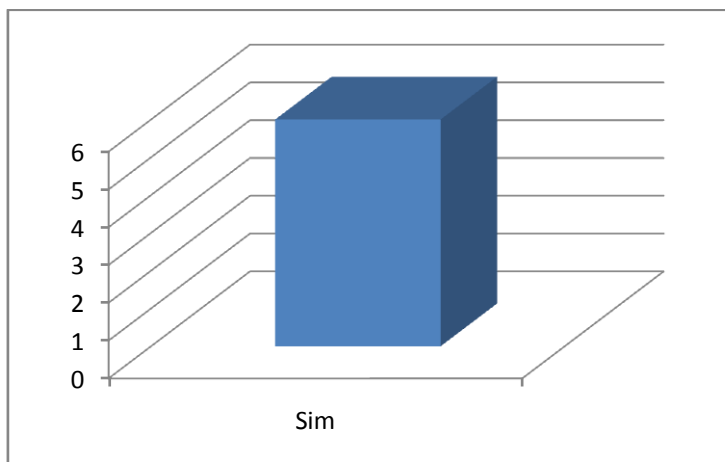


Gráfico 25 - Benefício que teria a família que visse o recém-nascido logo após o parto

Fonte: Elaboração própria

18- Tens conhecimento de que bolas de parto, música, filmes, cadeiras confortáveis, banheiras e chuveiros com água morna, massagens corporais, orientação sobre técnicas de respiração, trás benefícios para as mulheres no trabalho de parto?

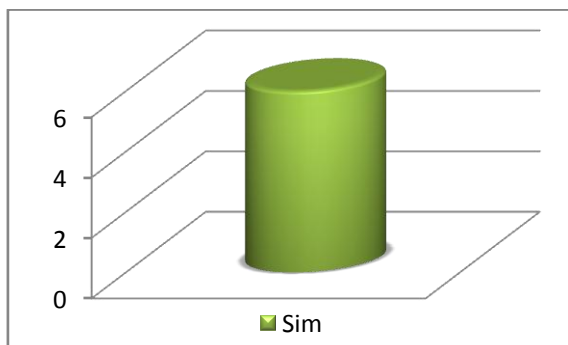


Gráfico 26- Conhecimento de técnicas de relaxamento e seus benefícios para as mulheres no trabalho de parto

Fonte: Elaboração própria

19- Qual a sua opinião sobre o uso dessas técnicas no trabalho de parto?

A enfermeira X respondeu, “*Tudo o que minimiza o sofrimento da parturiente é bom*”.

A enfermeira Y respondeu, *“Seria bom porque alivia a dor e deixa as parturientes mais relaxadas”*.

A enfermeira W respondeu, *“Os profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas com o encontro a parturiente, favorecendo sua adequação emocional á gravidez e ao parto. Podem também ajudá-la a superar os medos, a ansiedade e as tensões. Neste modelo humanizado de atendimento, a parturiente e o seu acompanhante devem ser recebidos pela equipa com empatia e respeito considerando sempre sua opinião, preferências e necessidades”*.

A enfermeira B respondeu, *“Proporciona alívio nas contracções, fica menos doloroso e dá oxigénio ao bebé”*.

A enfermeira K respondeu, *“penso que seria benéfico para as parturientes, mas o problema da nossa maternidade é que não há divisões personalizadas em que ficaria a gestante e o acompanhante e também para a privacidade da parturiente. Talvez futuramente quando construírem uma outra maternidade, teremos melhor espaço para o trabalho e para o atendimento personalizado e humanizado e privacidade da parturiente”*.

Capítulo V – Considerações finais

Em Cabo Verde a questão da humanização é uma temática que merece muita atenção por parte dos profissionais de saúde e do governo, principalmente no âmbito da assistência durante o trabalho de parto e parto. A palavra humanização hoje é bastante debatida no âmbito da saúde, no sentido de tentar tornar os cuidados cada vez mais humanos, tratar a pessoa com dignidade humana ou vê-la do ponto de vista holístico.

Consideramos ser um tema de grande importância, que nos deu a oportunidade de praticar e dar assistência humanizada de enfermagem no trabalho de parto e parto, o que permitiu aumentar os nossos conhecimentos teórico-práticos, como também proporcionou a sistematização dos conhecimentos sobre a humanização na assistência ao parto.

Concluimos que conseguimos identificar as participantes e o conteúdo do estudo e responder à pergunta de partida **“Que significado tem, para as parturientes, receber assistência humanizada durante o trabalho de parto no Hospital Baptista de Sousa?”** na medida em que pudemos constatar que 90% das dez puérperas mostraram-se satisfeitas por terem recebido assistência humanizada durante o trabalho de parto.

Quanto aos objectivos gerais, **sistematizar o conhecimento sobre a humanização na assistência ao parto normal e conhecer o significado que este tem para as parturientes do HBS**, foram alcançados como facilmente se constata da organização interna deste trabalho de investigação, nomeadamente da pertinência e utilização da bibliografia. No que concerne aos objectivos específicos, realçar a importância e os benefícios da assistência humanizada, e caracterizar a importância deste tipo de cuidado às parturientes nas acções das equipas de saúde do Centro Obstétrico/Sala de Parto, assim como reconhecer a real situação vivida pelas parturientes durante o trabalho de parto na maternidade do HBS. Finalmente, no tocante a estratégias para as equipas de enfermagem na promoção da assistência humanizada ao parto, achamos de salientar que essa temática deve ser objecto de legislação, em primeiro lugar, assim como da sua inclusão nos programas de formação de enfermeiros como disciplina, como forma de se vir a melhorar o atendimento às parturientes na maternidade do HBS, o que se reverte numa grande redução da morbilidade e mortalidade em saúde materna.

Ao realizar este estudo, deparámo-nos com alguns obstáculos e limitações mas, apesar de tudo, conseguimos superar essas barreiras e concluir o estudo com a satisfação

de haver sistematizado os nossos conhecimentos nesta área e criadas as bases para futuras investigações que viermos a realizar.

Sugestões e propostas de melhoria no atendimento às parturientes na maternidade do HBS

Tendo em conta o tema escolhido para a elaboração do nosso TCC, “**Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto**”, sugerimos algumas propostas que visam melhorar o atendimento às parturientes na maternidade do HBS, de modo a prestar um atendimento o mais humanizado possível. Contudo, e apesar da estrutura da sala de obstetrícia ser insuficiente tanto na arquitectura como em equipamentos e materiais, é possível prestar-se cuidados humanizados pois, como diz o velho ditado, deve-se conseguir fazer muito com o pouco que se tem. Desta forma, sugerimos:

- Reestruturar as salas de pré parto, devido ao pouco espaço, ao facto de as camas se encontrarem todas juntas e sem nenhuma divisão, o que impede a privacidade e individualização no atendimento às parturientes, através da introdução de pequenos compartimentos pré-fabricados ou divisões com cortinas, de modo que as parturientes se sentissem maior intimidade.
- Criação de condições para que as parturientes venham a poder usufruir da presença de acompanhante (marido ou outra pessoa significativa) durante o trabalho de parto, de modo a sentirem-se mais confiantes, protegidas e seguras, com consequente diminuição de sensações dolorosas.
- Criação de um ambiente mais acolhedor, familiar e humanizado, para o atendimento às parturientes no trabalho de parto, por exemplo com a disponibilização de bolas de parto, cadeiras confortáveis, música e filmes, banheira e chuveiro com água morna, para aliviar as contracções, massagens corporais e orientação sobre técnicas de respiração adequadas ao trabalho de parto.
- Permissão de entrada de objectos favoritos para que a mulher possa focalizar toda a sua atenção durante as contracções.
- Permissão para o pai ou pessoa significativa veja o recém-nascido de imediato após o nascimento.
- Permissão de entrada de alguém que a possa ajudar a transportar os seus pertences pessoais.

- Aulas de preparação para o parto durante o pré-natal, para os futuros pais. É necessário que o humanismo tenha início no pré-natal, ou mesmo antes. A humanização da assistência não se inicia no Centro Obstétrico e não se resume apenas à parturiente. Este cuidar necessita envolver também familiares e profissionais de saúde.
- Aumento do número de recursos humanos com formação para abordar a importância das técnicas mencionadas neste trabalho para garantir o sucesso no trabalho de parto.
- Para concluir, podemos dizer que, embora as nossas propostas revelem excelentes princípios, pensamos que poderão tornar-se minimamente viáveis não apenas através de melhoramentos visíveis nas visíveis infra-estruturas e na contratação de mais recursos humanos para que a humanização da assistência no trabalho de parto possa ser uma realidade em Cabo Verde.
- Por fim, acreditamos que a chave para o sucesso da humanização está em mudanças de comportamentos, em seu sentido mais amplo, através da sensibilização do profissional de saúde para esta temática para que se possa, em definitivo criar a consciência que humanizar o parto é dar às mulheres o que lhes é de direito: um atendimento seguro, acolhedor e que respeite as suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais, independentemente do profissional que dela cuide ou da instituição onde esta se encontre. Esta realidade ainda é um desafio para todos nós.

Referências bibliográficas

1. AUSLOOS, G. (1996). *A competência das famílias. Tempo, caos e processo*. Lisboa. Climepsi Editores.
2. BARMEJO, José Carlos (2008). *Humanizar a saúde: Cuidado, relações e valores*. Editora Vozes. Petrópolis.
3. BOFF, Leonardo (1999). “*Saber Cuidar Ética do humano – compaixão pela terra*”. Brasil. Editora Vozes.
4. BRASIL, Ministério da Saúde (2001). *Como ajudar as mães a amamentar*. Brasília.
5. BURROUGHS, A. (1995) *Uma introdução à enfermagem maternal*. Porto Alegre. Artes Médicas.
6. CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
7. CARVALHO, Isabel Maria Ferreira da Rosa Ramos de; FIQUEIREDO, Marta Parente de (2007). *Manual de Apoio á Consulta de Saúde Materna*. Lisboa.
8. CECHIN, P. L. (2002). *Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia*. Revista Brasileira de Enfermagem. V. 55. N. 4.
9. COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
10. COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). “*Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*”. Portugal. Tipografia Lousanense, Lda.
11. COLMAN, Libby Lee, COLMAN, Arthur D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa. Edições Colibri.
12. COUTINHO, Emília de Carvalho (s/data). *A experiência de ser cuidada na sala de partos*. Escola superior de enfermagem de Viseu-30 anos (29 a 37).
13. COUTINHO, M. (2000). *Uma perspectiva cultural de cuidar no parto*. Tese de Mestrado apresentada á Universidade do Porto.
14. COUTO, Germano (2003). *Preparação para o Parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Lusociência. Loures.

15. Decreto-Lei nº104/98: Estatuto Ordem dos Enfermeiros. DR Iª série-A nº (1998/04/21)
16. Decreto-lei nº161/96: Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem. DR. Iª série-A nº 205 (1996: pg 2959-2962)
17. DENCKER, Ada de Freitas Moneti (2001). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Turismo*. 5ª Edição. São Paulo. Editora Futuro.
18. DESHAIES, Bruno (1992). *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Editor Instituto Piaget. Lisboa.
19. DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves (2002). Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro. Fiocruz.
20. FAME-Federación de Asociaciones de Matronas de Espana (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda. Loures.
21. FERNANDES, Maria de Lourdes Rodrigues (1974). *Enfermagem Obstétrica*. Escola de enfermagem Artur Ravara.
22. FERREIRA, Manuela; DIAS, Maria Olívia (2005). *Ética e Profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures. Lusociência.
23. FORTIN, Marie-Fabienne (1996) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência. Edições técnicas e científicas, Lda.
24. FORTIN, Marie-Fabienne (1997) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência. Edições técnicas e científicas.
25. FORTIN, Marie-Fabienne (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Edições técnicas e científicas. Lusociência. Loures.
26. FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures. Lusociência.
27. GERMANO, Ana; CARVALHO, Celeste; MARTINS, Conceição; NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; VIEIRA, Margarida (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa.
28. HENDERSON, Virgínia (2007). *“Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE” Portugal*. Lusodidacta. Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

29. HESBEEN, Walter (2000) “*CUIDAR NO HOSPITAL Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*”. Portugal. Lusociência. Edições Técnica e Científicas, Lda.
30. HESBEEN, Walter (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.
31. HESBEEN, Walter (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures. Lusociência.
32. HESBEEN, Walter (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência.
33. HOUAISS, António; MAURO, de Salles Vilar. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto António Manuel Houaiss de Lexicografia Portuguesa. Lisboa.
34. KITZINGER, Sheila (1984). *Experiência do Parto*. Editora Instituto Piaget. Lisboa.
35. KITZINGER, Sheila (1995). *A experiência do parto*. Lisboa. Instituto Piaget.
36. KITZINGER, Sheila (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. 2ª Edição. Lisboa. Editorial Presença.
37. LEVY, M. L. (1996) *O sucesso no aleitamento materno. Contributo de uma intervenção clínica*. Tese de doutoramento não-publicada. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.
38. Livro de parto do Hospital Baptista de Sousa (2013)
39. LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. 7º Edição. Portugal. Lusodidacta.
40. MEIRELES, Maria Amélia (2007). “Aspectos Éticos em Investigação Qualitativa” in Ana Albuquerque Queiroz, Maria Amélia Meireles e Sara Raquel Cunha. *Investigar para Compreender*. Loures, Lusodidacta (25-39)
41. MICHEL, Maria Helena Michel. (2005). *Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos*. São Paulo, Atlas.
42. Ministério de saúde Manual técnico (2006). *Pré natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília.
43. MOREIRA, Carlos Diogo (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa. Editora Artes Gráficas.

44. NIGHTINGALE, Florence (2005). *Notas sobre enfermagem. O que é e o que não é*. Loures. Lusociência.
45. OMS (1996). *Care in normal birth; a practical guide*. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. World Health Organization. Genebra.
46. Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
47. PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; POLAK, Ymiracy N. S. (s/ data). *A importância da ética no ensino da enfermagem*. Estudo apresentado na disciplina de ética e bioética em enfermagem, do curso de mestrado em enfermagem da UFPR, ministrada pela Profª Drª Ymiracy N. S. Polak.
48. PEPLAU, Hildegard (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona. Salvat.
49. PEREIRA, Alexandre (2006). SPSS. Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 6º Edição. Edições Sílabo, Lda. Lisboa.
50. PERRY, Shannon E. (2008) *Introdução á Enfermagem da Maternidade*.
51. POLIT, Denise F. ; HUNGLER, Bernadette P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Artes Medicas. Porto Alegre.
52. QUEIROZ, Ana Albuquerque (2007). “Fenomenologia da Perícia em Enfermagem Pediátrica” in Ana Albuquerque Queiroz, Maria Amélia Meireles e Sara Raquel Cunha. *Investigar para Compreender*. Loures. Lusodidacta (43-79)
53. QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa.
54. QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Edição, Lisboa, Gradiva.
55. REDE FEMINISTA DE SAÚDE. (2002) *Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. São Paulo.
56. RIBEIRO, L. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. 1ª Edição. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
57. RIOS, Izabel Cristina (2003) *Humanização na Área da Saúde*. Boletim do instituto de saúde nº 30. Agosto de 2003. *Humanização de saúde*. São Paulo.
58. SIQUEIRA, José Eduardo, ZOBOLI, Elma, KIPPER, Délio José (2008). *Bioética clínica*. São Paulo. 1ª Edição. Editora Gaia.

59. THIOLLENT, Mário (2000). *Metodologia da Pesquisa*. 9ª Edição. São Paulo.
60. VERNEAU, CH. (1957). *Fecundação, Gravidez e Parto*. 5ª Edição. Livraria Civilização Editora. Porto.
61. WATSON, Jean (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: um novo paradigma da Enfermagem*. Lusociência. Camarate.
62. ZIEGUEL, Erna; CRANLEY Mecca; (1985). *Enfermagem Obstetrícia*. 8ª Edição. Rio de Janeiro. Guanabara.

Webgrafia:

1. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Disponível [on-line], www.minsaude.gov.vc, 20/05/2013, 22:31.
2. DE OLIVEIRA, Cristiano Lessa (s/data). “Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características” in revistatravessias@gmail.com. Travessias ed.04 ISSN 1982-5935, Educação, cultura, linguagem e arte. Disponível [on-line], www.uniceste.br/travessias, 05/06/2013.
3. <http://jus.familiae.tripod.com/id171.html>
4. http://presidenciadarepublicadecaboverde.blogspot.com/2013/03/discurso-proferido-por-sua-excelencia-o_25.html
5. <http://jus.familiae.tripod.com/id171.html>
6. www.gateway-caboverde.org.cv/index.php
7. Revista nº 2: Experiência de ser Cuidada da Sala de Partos

Anexos

ANEXO N.º 1

TC
18/06/13
conhecimento do
Director do Serviço para
parecer.

Por se tratar
de pesquisa que
envolve questões éticas,
sigla profissional,
aceitação dos entrevistados,
que deverão haver
uma avaliação
decisão de
ética
4/7/13

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A Exma. Sra. Directora do Hospital Baptista de Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Assunto: Pedido de autorização para a realização de entrevistas com enfermeiros parturientes e puérperas

Nós, Gilda Mª Vezo, Lucialina Coronel e Mirian do Rosário, estudantes de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer na Universidade do Mindelo, estamos a realizar um estudo para o atendimento de exigências para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Licenciatura que tem como tema "Assistência Humanizado em Enfermagem no Trabalho de Parto", sob orientação da Profª Rosemeire Macedo Ambrozano.

Objectivo Geral: Sistematizar o conhecimento sobre a humanização na assistência ao parto normal e conhecer o significado que este tem para as parturientes do HBS.

Trata-se de um estudo qualitativo que terá como estratégia o levantamento bibliográfico pertinente e entrevistas com enfermeiros, parturientes e puérperas, garantindo o anonimato e confidencialidade. Pelo que vimos por este meio solicitar a autorização para a aplicação destes instrumentos no mês de Julho/Ago comprometendo-nos desde já a não perturbar o normal funcionamento do serviço.

O uso das informações fornecidas será facultado somente ao meio científico. Os dados serão colhidos através de (entrevista gravada; observação; relato escrito; etc.). A decisão de participação no estudo pelos entrevistados é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o direito a recusar ao longo do processo de investigação.

Com os melhores cumprimentos.

UNIVERSIDADE DO MINDELO

Vicente, 11 de Junho de 2013

Profª Rosemeire Macedo Ambrozano
Orientadora do TCC

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
 Nº 688 - 18.06.2013
 Funcionário

Solicitar parecer à Comissão de Ética Médica e apresentação do Projecto na tabela de Pesquisadoras:

Gilda Mª Silva Vezo
Gilda Maria Silva Vezo

Lucialina Monteiro Coronel
Lucialina Monteiro Coronel

Mirian S. do Rosário
Mirian Suzana Oliveira Do Rosário

ANEXO N.º 2
(Guião de entrevistas para enfermeiros)

Departamento de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Ano Lectivo de 2012/13

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIROS

A. Caracterização geral

1. Sexo: Feminino ____ Masculino ____
2. Idade: ____ anos
3. Habilitações académicas: _____
4. Categoria profissional: _____
5. Cargo actual: _____
6. Tempo de actividade profissional: ____ anos
7. Tempo de actividade profissional na maternidade: ____ anos

B. Conceitos

8. O que é para si dar assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto? _____

C. Desempenho

9. Você acredita que faz um trabalho de enfermagem humanizado?
Sim ____ Não ____
10. Desenvolve actividades devidamente planeadas de assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto?
Sim ____ Não ____
11. Ao longo das diversas fases do desenvolvimento das actividades de assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto que dificuldade sente?

12. Como as consegue ultrapassar?

13. Baseada (o) na sua experiencia profissional, indique os principais progressos ou benefícios que a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto teria para a saúde da mulher?

14. Na sua opinião, teria benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto?

Sim___ Não___

15. É fácil aplicar a assistência humanizada em enfermagem no trabalho de parto, no Hospital Baptista de Sousa?

Sim ___ Não ___

16. Se não, o que dificulta essa implementação?

17. Na sua opinião teria beneficio que a família vise o recém-nascido logo após o parto?

Sim___ Não___

18. Tens conhecimento de que bolas de parto, música, filmes, cadeiras confortáveis, banheiras e chuveiros com água morna, massagens corporais, orientação sobre técnicas de respiração, trás benefícios para as mulheres no trabalho de parto?

Sim ___ Não ___

19. Qual a sua opinião pelo uso dessas técnicas no trabalho de parto?

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO N.º 3
(Guião de entrevistas para utentes)

Departamento de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Ano Lectivo de 2012/13

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA UTENTES

A. Caracterização geral

1. Idade: ____ anos
2. Gesta: ____ Paridade: ____ Aborto: ____
3. Estado Civil: _____
4. Habilitações académicas: _____
5. Profissão: _____
6. Realizou o pré-natal? Sim ____ Não ____
7. Quantas consultas fez? _____
8. Hora de entrada na sala de parto: ____ h ____ mn ____ / ____ / ____
9. Hora de expulsão do bebé: ____ h ____ mn ____ / ____ / ____
10. Duração do trabalho de parto: ____ h ____ mn

B. Conceitos

11. O que é para você sentir-se bem cuidada?

12. “Assistência humanizada é o atendimento que garante os direitos da mulher e da família de serem acolhidos e tratados com educação, de serem respeitados como cidadãos, de serem informados sobre o diagnóstico e o tratamento, tendo o direito de questionar e de aceitar ou não as decisões da equipe de saúde”.

Considera que recebeu cuidados no quadro da definição acima de assistência humanizada?

Sim ____ Não ____

13. Se sim, que significado tem, para si, receber assistência humanizada em enfermagem durante o trabalho de parto?

14. Desejava que o seu companheiro estivesse presente durante o trabalho de parto?

Sim___Não___

15. Isso era importante para você?

Sim___ Não___

16. Na sua opinião teria benefícios para a mulher, a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto?

Sim___ Não___

17. Teria benefícios para você se durante o trabalho de parto tivesse um ambiente agradável com bolas de parto, música, filmes, cadeiras confortáveis, banheiras e chuveiros com água normal, massagens corporais, orientação sobre técnicas de respiração?

Sim___ Não___

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO N.º 4

CONSENTIMENTO INFORMADO

Nós, Gilda M^a Vezo, Lucialina Coronel e Mirian do Rosário, estudantes de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer na Universidade do Mindelo, estamos a realizar um estudo para o atendimento de exigências para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Licenciatura que tem como tema “Assistência Humanizado em Enfermagem no Trabalho de Parto”, sob orientação da Prof.^a Acelia Mireya Cáceres Monteagudo.

Objectivo Geral: Sistematizar o conhecimento sobre a humanização na assistência ao parto normal e conhecer o significado que este tem para as parturientes do HBS.

Solicitamos seu consentimento para realização desta pesquisa e garantimos que serão considerados todos os requisitos necessários para o respeito aos princípios éticos inerentes à pesquisa com seres humanos.

O uso das informações fornecidas será facultado somente ao meio científico e sua identidade nunca será revelada. Os dados serão colhidos através de (entrevista gravada, observação, relato escrito, etc.). Não se prevê danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais. A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o seu direito a recusar, tanto neste momento como em qualquer outro, ao longo do processo de investigação.

Concordo em participar desta entrevista e subscrevo-me abaixo.

_____	_____	____/____/____
Nome do participante	Assinatura	Data
_____	_____	____/____/____
Nome da investigadora	Assinatura	Data
_____	_____	____/____/____
Nome da investigadora	Assinatura	Data
_____	_____	____/____/____
Nome da investigadora	Assinatura	Data

ANEXO N.º 5

(Carta de direitos e deveres dos doentes – versão reduzida)

CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES (versão reduzida)



DIREITOS

1. Direito à saúde sem discriminação.
2. Direito a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde: preventivos, curativos, de reabilitação ou terminais.
3. Direito à dignidade e a uma atitude apropriada por parte dos prestadores de cuidados de saúde.
4. Direito à privacidade na prestação de todos os actos clínicos.
5. Direito ao sigilo e à protecção da vida privada.
6. Direito à livre escolha dos prestadores de cuidados de saúde.
7. Direito à segunda opinião.
8. Direito à informação sobre o seu estado de saúde e prognóstico, alternativas de tratamento e custos aproximados.
9. Direito a um relatório que reflecta pormenorizadamente o seu estado de saúde.
10. Direito ao consentimento.
11. Direito à recusa de cuidados ou tratamentos.
12. Direito a receber cuidados continuados.
13. Direito ao respeito pelo seu tempo.
14. Direito a não sofrer dor ou sofrimento desnecessários.
15. Direito à segurança e compensação por danos causados pelo mau funcionamento dos serviços, erros ou negligência.
16. Direito a apresentar sugestões, queixas e reclamações.

DEVERES

1. Dever de se abster de atitudes, comportamentos e hábitos que ponham em risco a sua própria saúde ou a de terceiros.
2. Dever de contribuir para a melhoria, ao seu alcance, das condições de saúde familiar e ambiental.
3. Dever de colaborar com os profissionais da saúde, nomeadamente respeitando as recomendações que são feitas e fornecendo todas as informações necessárias para a obtenção de um diagnóstico correcto e um tratamento adequado.
4. Dever de respeitar o pessoal de saúde e as regras de funcionamento das instituições, nomeadamente honrando as marcações das consultas e informando, tão cedo quanto possível, se estiver impossibilitado de comparecer.
5. Dever de respeitar os direitos dos outros utentes.
6. Dever de utilizar os serviços de saúde, suas instalações e equipamentos, de forma apropriada e responsável.
7. Dever de colaborar na redução de gastos desnecessários e compartilhar nos custos da saúde, de acordo com as suas possibilidades.
8. Dever de não pedir ou pressionar os profissionais da saúde para que forneçam documentos e informações que não correspondam à realidade dos factos.



Saiba mais em:

www.minsaude.gov.cv

Ou vá ao centro de saúde
mais próximo da sua residência.



Aprovado pelo Conselho
Nacional de Saúde
a 20 de Dezembro de 2011